



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica submetida a
Ventilação não Invasiva: Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Rita Alexandra Caetano Subtil

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica submetida a
Ventilação não Invasiva: Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Rita Alexandra Caetano Subtil



Orientador: Maria Augusta Grou Moita



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

PENSAMENTO

“A vida não é fácil para nenhum de nós.
Mas... isso não interessa! Devemos perseverar
e ter confiança em nós próprios.”

Marie Curie

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

- A todas as pessoas de quem cuido

- A todos os enfermeiros:

Por todo o profissionalismo, pela força de vontade em
proporcionar os melhores cuidados de enfermagem e que nunca desistam de ser
Enfermeiros.

AGRADECIMENTOS

Este foi um percurso difícil, exigente e de sacrifício, que culminou num caminho de aprendizagem compensador.

Agradeço a várias pessoas que deram o seu contributo:

- Aos meus pais, por todo o apoio e ajuda ao longo deste percurso, como nos vários momentos da minha vida;
- Ao Rui pela compreensão, carinho e apoio incondicional em todos os momentos;
- Aos meus colegas de trabalho e enfermeira chefe do serviço, por serem a equipa que estive ao meu lado durante este percurso;
 - Às enfermeiras orientadoras de cada contexto: obrigada pela disponibilidade, dedicação e exigência;
 - Às equipas multidisciplinares dos diversos serviços por onde passei, pela sua colaboração neste percurso;
- À Senhora Professora Maria Augusta Grou Moita pela orientação, exigência, apoio, motivação e por acreditar sempre em mim;
- Aos meus queridos colegas do 9º CMEPSC, pela amizade, apoio e por todos os momentos de partilha – somos incrivelmente críticos!

LISTA DE SIGLAS

ABCDE – A - airway, B - breathing, C - circulation, D - disability, E – exposure

ATCN/ATLS – Advanced Trauma Care for Nurses/Advanced Trauma Life Support

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

BPS – Behavioral Pain Scale

CE – Crânio-Encefálica

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG - Eletrocardiograma

EEPSC - Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale

IACS - infeções associadas aos cuidados de saúde

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

ISBAR - I – identificação; S – situação atual; B – antecedentes pessoais; A - avaliação; R – recomendações

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEEP - Positive End-Expiratory Pressure

PICO – P – População; I- Intervenção; C – Contexto; O - Outcomes

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SAVT – Suporte Avançado de Vida no Trauma

SDRA - Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIR - Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

UCV – Unidade Cérebro Vascular

UPP – Úlcera Por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

O presente relatório, ancorado no tema *A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação Não Invasiva: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem*, demonstra o percurso de aquisição de competências no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os estágios, realizados em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e em Serviço de Urgência, tiveram como objetivo geral desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação não invasiva e sua família, com especial foco na vigilância. O referencial teórico escolhido foi a Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin e a Teoria de Benner.

A vigilância profissional de enfermagem reúne um estado de observação e de atenção à pessoa no seu processo de doença crítica, com identificação de sinais e sintomas clinicamente significativos; o cálculo do risco inerente à prática de enfermagem; a formação para agir de forma eficaz e eficiente, minimizando os riscos e complicações (Meyer & Lavin, 2005). A vigilância de enfermagem, dando ênfase à deteção precoce de problemas, pode ser observada como uma primeira forma de defesa do indivíduo, que contribuirá para a melhoria do seu estado de saúde (Benner, 2001).

A ventilação não invasiva (VNI) é utilizada cada vez mais em situações de insuficiência respiratória aguda e/ou crónica, consistindo na aplicação de um suporte ventilatório mecânico sem recurso a métodos invasivos, através de um interface, em doentes com estímulo respiratório (Fonseca & Fontes, 2013). O enfermeiro tem ao seu dispor estratégias e técnicas que contribuem não exclusivamente para o aumento da eficácia da VNI, como também para a redução dos fatores de intolerância a esta terapêutica (Maciel, 2011). Para isso, é necessária uma vigilância eficaz e eficiente por parte do enfermeiro, prevenindo ou diminuindo as complicações que possam surgir.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem; Ventilação Não Invasiva; Vigilância; Cuidados Críticos.

ABSTRACT

The present report, *The Surveillance of the Person in Critical Condition treated with Non-Invasive Ventilation: A Specialized Intervention in Nursing*, demonstrates the course of acquiring skills within the Curricular Internship Unit of the 9th Master's Course in Nursing, Specializing in the Area for People with Critical Conditions at the Lisbon College School of Nursing.

The internships, carried out in the context of the Intensive Care Unit and in the Emergency Department, had the general objective of developing specialized skills in providing care to the person in critical condition treated with non-invasive ventilation and their family, with a special focus on surveillance. The theoretical framework chosen was Meyer and Lavin's Theory of Surveillance and Benner's Theory.

Professional nursing surveillance joins a state of observation and attention to the person with a critical illness, with the identification of clinically significant signs and symptoms, the calculation of the risk inherent to nursing practice, training to act effectively and efficiently, and minimizing risks and complications (Meyer & Lavin, 2005). Nursing surveillance and the emphasis on the early detection of problems can be seen as a first form of defense for the individual, which will contribute to the improvement of their health status (Benner, 2001).

Non-Invasive ventilation (NIV) is increasingly used in situations of acute and/or chronic respiratory failure, consisting of the application of mechanical ventilation support without the use of invasive methods, through an interface, in patients with respiratory stimulus (Fonseca & Fontes, 2013). The nurse has at their disposal strategies and techniques that contribute not only to increase the effectiveness of NIV, but also to reduce factors of intolerance to this therapy (Maciel, 2011). For this, effective and efficient surveillance by the nurse is necessary, preventing or reducing the complications that may arise.

Keywords: Person in Critical Situation; Nursing care; Non-Invasive Ventilation; Surveillance; Critical Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A VIGILÂNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	21
1.1. A Teoria da Vigilância nos Cuidados de Enfermagem	21
1.2. A Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva	26
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM.....	30
2.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios	30
2.2. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência Polivalente ..	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo da RIL	
Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do CMEPSC	
ANEXOS	
Anexo I – Certificado do Congresso Internacional do Doente Crítico	
Anexo II – Certificado do Workshop teórico-prático de Ventilação Não Invasiva	

INTRODUÇÃO

O ingresso no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi motivado pela vontade de investimento no meu percurso académico e na melhoria contínua da minha prestação de cuidados de enfermagem.

Este processo foi desenvolvido conforme previsto no ciclo de estudos da ESEL para o curso de mestrado. De igual forma, pretendi atingir as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e no Modelo de Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências aplicado à Enfermagem por Benner (2001), com a finalidade de obter o grau de Mestre. Procurei, ainda, desenvolver as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros (OE), necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (EEPSC).

O tema escolhido - *A Vigilância da Pessoa em Situação Crítica submetida a Ventilação Não Invasiva: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem* - teve em conta as minhas motivações pessoais e profissionais, as quais me impulsionaram a selecionar o tema deste projeto. Ao gosto pessoal pelo tema, que me tem conduzido ao seu estudo há já algum tempo, associa-se a análise das principais lacunas do serviço onde exerço funções. A minha atividade profissional decorre no Serviço de Internamento de Pneumologia, onde a utilização de VNI é bastante comum, quer em situações de agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), quer no Edema Agudo do Pulmão (EAP), quer ainda na manutenção de situações decorrentes de outras patologias crónicas. Constato que existe pouca formação e investimento dos profissionais de enfermagem nesta área. No entanto, é um tema que tem vindo a ter crescente importância no tratamento de diversas patologias respiratórias, quer na agudização quer na cronicidade, com impacto positivo na prevenção de complicações e tratamento das mesmas.

O estágio profissional foi desenvolvido numa área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e teve como finalidade atingir as competências de enfermeiro especialista. Permitiu integrar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e o desenvolvimento das competências no domínio específico da enfermagem em PSC.

Neste contexto, foi aprofundado o conhecimento ao nível da área específica da intervenção de enfermagem ao doente crítico submetido a VNI.

A VNI consiste na aplicação intermitente de uma pressão superior à pressão atmosférica na entrada da via aérea, criando um gradiente de pressão entre aquela e o alvéolo, condicionando a inspiração no momento da aplicação da pressão. A VNI utiliza um interface não invasivo e, como tal, evita complicações relacionadas com a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), como a necessidade de sedação, com risco de instabilidade hemodinâmica e risco elevado de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). A utilização de VNI é uma opção terapêutica para o tratamento de várias patologias, tais como o EAP cardiogénico, a DPOC agudizada, as crises asmáticas, o Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e a pneumonia, sendo também uma opção no período pós-operatório e no desmame da VMI (Adam et al., 2017). Saraiva et al. (2014) referem que a utilização de VNI, é muitas vezes o fator determinante para o tratamento de patologias respiratórias que implicam falência respiratória, tendo impacto positivo na qualidade de vida do doente.

Durante a revisão da literatura realizada, foi notória a importância da vigilância nos cuidados de enfermagem ao doente sob VNI. São vários os autores, dos quais destaco Nava e Ceriana (2004) e Asseiro e Beirão (2012), que salientam a relevância de uma equipa formada e treinada para os cuidados ao doente sob VNI, com o objetivo de prevenir complicações, tais como o insucesso da técnica, a necessidade de entubação endotraqueal e a assincronia doente/ventilador.

Assim, a VNI e a Vigilância são os conceitos centrais do meu trabalho, tendo selecionado a Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005) e a Teoria de Benner (2001) como referencial teórico. O conceito de Vigilância é definido por Meyer e Lavin (2005) como “a essência do cuidado em enfermagem e, como tal, define o papel principal da enfermagem nos cuidados de saúde” (p.1). Florence Nightingale reconheceu a importância da vigilância em enfermagem, considerando que a observação e a forma de observar deveriam fazer parte integrante de *ser enfermeiro* (Davies, 2012). A vigilância é um processo sistemático, direcionado para objetivos específicos, focado na identificação precoce do risco de saúde da pessoa doente e da necessidade de intervenção ou não, do reconhecimento de doentes de risco, de potenciais eventos adversos, bem como da prevenção e recuperação de erros médicos (Meyer & Lavin, 2005). Como se pode verificar, a vigilância não se esgota na

medição de parâmetros vitais ou análise de valores analíticos (Henneman et al., 2012).

A metodologia utilizada no trabalho teve início pela escolha do tema, seguindo-se uma pesquisa sobre o que foi publicado até ao momento. Realizei inicialmente uma Revisão *Scoping*, a qual foi extremamente importante para compreender o conhecimento atual acerca do tema e de que forma me poderia auxiliar no processo de desenvolvimento de competências. Nesta Revisão, foram utilizadas orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (The Joanna Briggs Institute, 2014). Foi formulada a questão de pesquisa, com base em conceitos estruturantes relacionados com a Vigilância, tendo concluído que não existiam protocolos de Revisão *Scoping* nesta área.

Posteriormente, elaborei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice I), tendo formulado a questão segundo o formato PICO: “Quais as intervenções de enfermagem (I) promotoras da vigilância (O) da PSC (P) sob ventilação não invasiva?”. Realizei uma pesquisa na plataforma *EBSCO*, nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, usando alguns dos seguintes termos de indexação: *critical patient, critically ill patients, critical care, noninvasive ventilation, non invasive ventilation, artificial ventilation, nursing interventions, nursing actions, nursing role, nurse specialists, monitoring, surveillance e observation*. A seleção de vários conceitos teve como objetivo abranger um maior número de documentos, por diferentes denominações e significados, especialmente no que concerne aos termos VNI e Vigilância. Complementando a pesquisa nas bases de dados, recorri a documentos publicados por instituições de referência e autores para a área em estudo, como a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Após o aprofundamento dos conhecimentos sobre esta temática, seguiu-se a seleção e visita aos possíveis campos de estágio, os quais pudessem possibilitar aprendizagens significativas, numa lógica de trabalho contínuo e com base na reflexão sobre a ação (Apêndice II). Os estágios, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com a particularidade de se focar em doentes do foro respiratório, e no Serviço de Urgência Polivalente (SUP), promoveram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais (Diário da República nº140/2019). Estes contextos de

estágio permitiram, também, o desenvolvimento das competências especializadas em Pessoa em Situação Crítica:

cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República nº429, 2018, p.19359).

No meu percurso de estágio em contexto de UCI e SUP, defini como objetivo geral desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação não invasiva e sua família, com especial foco na vigilância.

O relatório é constituído por três capítulos. No primeiro, é feito o enquadramento teórico sobre o tema, decorrente da realização da RIL, suportado na Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005) e na Teoria de Benner (2001). No segundo capítulo, é feita a análise do percurso de desenvolvimento de competências especializadas nos estágios em UCI e no SUP. Por fim, no terceiro capítulo, é realizada a síntese do trabalho alcançado, explicitando as dificuldades, as implicações e os desafios. Este trabalho foi elaborado segundo o novo acordo ortográfico e o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – norma APA da ESEL (Godinho, 2018).

1. A VIGILÂNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

No presente capítulo serão descritos os temas que suportam a problemática em estudo, nomeadamente a Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005) e a Teoria de Benner (2001), assim como os cuidados de vigilância a ter com a PSC sob VNI.

1.1. A Teoria da Vigilância nos Cuidados de Enfermagem

O ato de vigiar está ligado a um conceito de proteção, inerente a todos os seres vivos. É um conceito tido como social, que tem uma implicação mais vasta, interligando-se com o ato de “cuidar de”. O ato de vigiar, a atenção, o zelo, o cuidado e a precaução, são bases fundamentais na área da saúde. A definição transversal de vigilância, no âmbito dos cuidados de saúde, é referida na literatura como uma interpretação e análise, sistemática e contínua, de uma coleção de dados de saúde, permitindo uma tomada de decisão baseada nesta informação (Schoneman, 2002). Partindo desta definição, podemos aplicá-la em qualquer campo na área da Saúde, desde as políticas de saúde internacionais ao trabalho diário no cuidado da pessoa doente (Thacker, Berkelman & Stroup, 1989). A vigilância é um fenómeno frequentemente identificado na literatura como uma forma de promover a segurança e o bem-estar do doente (Boll, 2014).

Nightingale (1860, 1969), citada por Davies (2012), reconheceu a importância da vigilância em enfermagem, durante a observação dos doentes pelas enfermeiras. A mesma autora refere que a observação correta dos sintomas pode indicar melhoria ou o inverso, ou seja, é importante perceber quais os sintomas significativos, ou aqueles que não têm qualquer relevância no estado de saúde do doente, sendo, em sua opinião, a lição mais importante para a prática de enfermagem. Não obstante ser evidente a sua importância, só posteriormente se começou a usar o termo vigilância associado ao cuidar em enfermagem (Kelly & Vicent, 2010). A vigilância significa cuidado e, conseqüentemente, a vigilância em saúde é tida como um cuidado profissional. De acordo com Davies (2012), citando Nightingale (1860, 1969), o enfermeiro deve ser capaz de se antecipar às necessidades do doente, sendo que, para isso, é necessária a compreensão profunda do ser humano.

A Enfermagem, talvez mais do que qualquer outra profissão no âmbito dos cuidados de saúde, assume-se como indissociável do ato de cuidar, sendo a vigilância profissional, de acordo com Meyer e Lavin (2005), a essência do cuidar em enfermagem. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), a tomada de decisão exige uma abordagem sistémica e sistemática, a partir da qual o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados, programando intervenções com o objetivo de evitar riscos, detetar atempadamente potenciais problemas e resolver os que foram identificados. Deste modo, a prática do enfermeiro deve ser orientada pelos resultados da investigação, os quais sustentam a tomada de decisão, desde o necessário estabelecimento de prioridades ao planeamento das intervenções. Por outro lado, é crucial que o enfermeiro tenha em conta que “bons cuidados” têm significados distintos para pessoas diferentes, o que justifica a necessidade de individualizar os cuidados, promovendo a satisfação de cada cliente.

O *clinical judgement* em Enfermagem deriva, no seu ato fundamental, da vigilância (Tanner, 2006). A vigilância é um termo que está muitas vezes associado ao termo monitorizar, mas é um conceito completamente distinto. A monitorização é a chave para o processo de vigilância mas, monitorizar, por si só, não é suficiente para a eficácia da vigilância (Meyer & Lavin, 2005). A maior diferenciação baseia-se no que foi descrito anteriormente, a intenção da colheita da informação.

Os enfermeiros, prestadores de cuidados à PSC, estão numa posição central na manutenção da segurança da pessoa doente, pelo risco clínico inerente, tornando-se imperativo o exercício da vigilância. Entende-se que a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Diário da República nº429, 2018). Neste sentido, a vigilância da PSC assume especial importância, atendendo a que há risco acrescido de deterioração do seu estado clínico e potencial risco de vida.

Meyer e Lavin (2005) analisam a vigilância como uma característica que faz parte da essência dos enfermeiros e que lhes permite diferenciarem-se profissionalmente. As autoras supracitadas defendem que a vigilância profissional de enfermagem é baseada no conhecimento em enfermagem, sendo um pré-requisito para a ação e tomada de decisão informadas. Consideram que a profissão de enfermagem desenvolve o cuidar do outro, com base numa atenção sustentada e sempre presente.

Desta forma, determinam cinco elementos principais da vigilância profissional de enfermagem, nomeadamente:

- A atribuição de significado

Foi o primeiro elemento de vigilância definido por Meyer em 2002 (Meyer & Lavin, 2005), atribuindo o significado de vigilância. O enfermeiro no contexto da prática, através da sua experiência e formação, é capaz de mobilizar e ajustar os seus conhecimentos atribuindo um significado ao que ouve, vê e sente. Deste modo, a vigilância é um elemento básico da prática de enfermagem (Meyer & Lavin, 2005).

- A antecipação do que pode acontecer

Vigiar pressupõe avaliar regularmente, analisando a informação, reconhecer e intervir de forma adequada e em tempo útil, com base no conhecimento e antevendo possíveis complicações (Meyer & Lavin, 2005).

- O cálculo do risco

As ações podem ter maior ou menor risco, cabendo ao enfermeiro estar alerta para equilibrar a sua intervenção, de forma a maximizar os efeitos pretendidos e, ao mesmo tempo, diminuir a ocorrência de efeitos não intencionais (Meyer & Lavin, 2005).

- A disponibilidade imediata para a ação

O conhecimento é uma ferramenta essencial para a prática de enfermagem. Se o enfermeiro tiver uma base de conhecimentos sólida, perspetiva-se que a sua ação perante as situações seja rápida e eficaz (Meyer & Lavin, 2005).

- A monitorização dos resultados

É essencial que o enfermeiro avalie e monitorize os resultados das próprias intervenções e das intervenções dos pares, por ser o profissional de saúde que permanece mais tempo próximo do doente e família (Meyer & Lavin, 2005).

Deste modo, a vigilância profissional de enfermagem reúne um estado de observação e de atenção, com identificação de sinais e sintomas clinicamente significativos; o cálculo do risco inerente à prática de enfermagem; a formação para agir de forma eficaz e eficiente, minimizando os riscos e complicações (Meyer & Lavin, 2005). Meyer e Lavin (2005) reforçam ainda, que os cuidados críticos prestados pelo enfermeiro têm de passar por um processo de recolha de informação, de dar

significado “ao que é”, de antecipar “o que será”, antevendo as necessidades da pessoa no seu processo de doença crítica; de calcular o risco na tomada de decisão, sabendo que qualquer decisão trará mudanças no estado da pessoa; de preparar a ação, numa mudança que não provoque risco à pessoa; de monitorizar os *outcomes* da tomada de decisão, fazendo julgamentos sobre o que resulta ou não. Este processo deve ser rápido, quase intuitivo, de forma a minorar os riscos adversos, potenciando a saúde da PSC.

Em concordância com as autoras supracitadas encontra-se Benner (2001), que salienta a importância da vigilância de enfermagem, dando ênfase à deteção precoce de problemas como a primeira forma de defesa do indivíduo. A autora refere que a aquisição de competências de enfermagem desenvolve-se ao longo de diferentes estádios (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), aos quais são transversais sete domínios de competências, nomeadamente a função de ajuda; a função de educação e guia; a função de diagnóstico, o acompanhamento e monitorização do doente; a gestão de situações de evolução rápida; a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos; o assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; e as competências em matéria de organização e repartição de tarefas.

De entre os domínios de competências referidos, saliento o domínio da função de diagnóstico e vigilância. Benner (2001) refere que esta função foi sendo desenvolvida, à medida que a variedade de doenças e de intervenções realizadas por doente aumentava de forma abrupta no decorrer dos anos. O domínio da função de diagnóstico e vigilância engloba cinco competências, que a seguir se apresentam, sobre as quais Benner (2001) faz referência salvaguardando a existência de outras, as quais têm paralelo com os elementos principais da vigilância profissional de enfermagem de Meyer e Lavin (2005).

- Detetar e determinar mudanças significativas do estado do doente

O enfermeiro é, muitas vezes, o primeiro profissional de saúde a detetar e a determinar alterações no estado de saúde do doente (Benner, 2001). As alterações identificadas pelo enfermeiro na observação crítica e avaliação dos sinais vitais, por exemplo, determinam as possíveis complicações. Esta objetividade do enfermeiro faz com que esta prática se manifeste de forma positiva, em cuidados individualizados e satisfatórios para o doente ao longo do seu processo de doença.

- Fornecer um sinal de alarme precoce: antecipar uma crise e uma deterioração do estado do doente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico

Ao antecipar os sinais de deterioração do estado do doente, o enfermeiro previne que ocorram alterações significativas dos sinais vitais ou de outros parâmetros mensuráveis. É através desta capacidade de antecipação que o enfermeiro faz a diferença na recuperação do doente (Benner, 2001).

- Antecipar os problemas: pensar no futuro

O enfermeiro, considerado perito, pensa na evolução do doente, porque antecipa os problemas que podem surgir e o que faria para solucioná-los. Esta capacidade de antecipação depende do contexto em que o doente está inserido, dos antecedentes e do seu estado de saúde atual (Benner, 2001).

- Compreender os pedidos e os comportamentos tipo de uma doença: antecipar as necessidades do doente

A abordagem do enfermeiro perito ao doente com determinada patologia é diferente, porque é capaz de identificar e valorizar comportamentos específicos, criando uma abordagem personalizada (Benner, 2001).

- Avaliar o potencial de cura do doente e responder às diversas estratégias de tratamento

O enfermeiro deve avaliar o potencial de recuperação do doente. O potencial de cura não é um ideal, mas deve existir uma avaliação realista do estado de saúde do doente (Benner, 2001).

Pelo que foi referido, conclui-se que tanto Meyer e Lavin (2005) como Benner (2001) percecionam a vigilância de enfermagem como um fator determinante na deteção e avaliação precoce de complicações, assim como na capacidade de intervir atempadamente, otimizando resultados, culminando na melhoria do estado de saúde da pessoa.

1.2. A Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva

Define-se a VNI pela aplicação de um suporte ventilatório mecânico sem recurso a métodos invasivos, com a utilização de uma máscara ou dispositivo semelhante, considerado interface em doentes com estímulo respiratório (Fonseca & Fontes, 2013). Sendo um método não invasivo evita, desta forma, as complicações relacionadas com a entubação orotraqueal e a VMI (Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira, 2009). A VNI é um método de ventilação seguro, eficaz e mais confortável para o doente, em alternativa à ventilação mecânica.

A VNI foi evoluindo ao longo dos anos, tendo sido aplicada inicialmente na epidemia de Poliomielite (1930-50), consistindo numa ventilação com pressão negativa, designada por “pulmão de aço” (Ferreira et al., 2009). Por volta dos anos 40 e 50, a VNI por pressão positiva começou a ser aplicada mas, apenas na década de 80, com a utilização do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) para o tratamento da apneia do sono, esta técnica começou a ser divulgada (Ferreira et al., 2009). Posteriormente, a VNI começou a ser utilizada no tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.

Saraiva et al. (2014) referem que a utilização de VNI é, muitas vezes o fator determinante para o tratamento de patologias respiratórias que implicam falência respiratória, tendo impacto positivo na qualidade de vida do doente. A VNI pode ser utilizada em doentes com um padrão respiratório ineficaz devido, por exemplo, a lesão pulmonar aguda, síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA), exacerbações da DPOC e asma, síndrome de obesidade-hipoventilação descompensada, edema pulmonar cardiogénico, insuficiência respiratória no pós-operatório e pneumonia (Ferreira et al., 2009).

A utilização de VNI tem como vantagens a diminuição do tempo de internamento hospitalar e da frequência da entubação mecânica invasiva (Gonzalez-Bermejo et al., 2019). Para além do referido, permite manter a autonomia do doente ao nível das atividades de vida diárias como a alimentação e a comunicação, reduz a necessidade de sedação, diminui a taxa de infeção hospitalar e as complicações relacionadas com a ventilação invasiva, aumenta a sobrevida, sendo utilizada mais frequentemente nos dias de hoje (Gonzalez-Bermejo et al., 2019). Como desvantagens, evidencia-se o aparecimento de conjuntivite (por fugas de ar em redor do interface), a difícil

adaptação ao interface, a secura das mucosas, as úlceras por pressão, a distensão gástrica e a sensação de claustrofobia (Ferreira et al., 2009).

Para Germano (2008), a escolha do interface é essencial para o êxito da técnica ventilatória e deve ser selecionado pelo tipo de insuficiência respiratória, se aguda ou crónica, e pelas características do doente. É uma intervenção autónoma do enfermeiro a escolha e a possível troca de interfaces, por estar em constante observação e vigilância do doente, prevenindo complicações tardias, como as úlceras por pressão.

Como salientam Ferreira et al. (2012), o sucesso da utilização da VNI no doente crítico depende do tipo de doente, ou seja, o doente precisa cumprir alguns critérios, nomeadamente estar consciente, colaborante e hemodinamicamente estável. Se tal não for possível, aumentam as dificuldades na adaptação ao tipo de máscara e ao modo ventilatório selecionados. Os mesmos autores realçam que a seleção dos doentes deve ser avaliada de forma criteriosa, para que a utilização da VNI seja um método seguro e eficaz, tendo em conta o risco de ocorrência de falência respiratória, o que aumenta significativamente a taxa de mortalidade dos doentes internados.

De acordo com o artigo nº4 do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o enfermeiro é o profissional legalmente habilitado a prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, à família e comunidade com vista à manutenção ou recuperação da saúde de forma a maximizar a sua capacidade funcional (Decreto-Lei nº 161/96). Segundo Sørensen et al. (2013), os enfermeiros são essenciais para o cuidado e gestão das situações de doentes com insuficiência respiratória aguda (IRA) sob VNI. Para Maciel (2011), o enfermeiro é considerado um profissional essencial, o qual tem ao seu dispor estratégias e técnicas que contribuem não exclusivamente para o aumento da eficácia da VNI, como também para a redução dos fatores de intolerância a esta terapêutica.

Gonzalez-Bermejo et al. (2019) referem que a VNI também pode ser iniciada em doentes internados em unidades médicas de cuidados intermédios, assim como em enfermarias com a vigilância adequada. Mais importante do que o local onde o doente realiza a VNI, é a experiência e a disponibilidade dos profissionais de saúde que a aplicam. De acordo com os mesmos autores, tendo em conta que o maior risco na utilização da VNI é o atraso do início da VMI, a mesma deve ser instituída por profissionais treinados e deve existir uma seleção rigorosa dos doentes com

monitorização intensiva na fase inicial, de forma a garantir o sucesso desta modalidade ventilatória.

O enfermeiro é o profissional de saúde que inicia a VNI. Por isso, deve explicar o procedimento ao doente e clarificar possíveis dúvidas. O doente deve estar confortavelmente sentado, em *semi-fowler* porque permite uma melhor expansão pulmonar, assim como monitorizado com oximetria de pulso, frequência respiratória, traçado eletrocardiográfico, tensão arterial e alarmes de fugas de ar (Ferreira et al., 2009). Álvares e Curião (2016) destacam que a taxa de insucesso da Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) pode variar entre 5% e 40% dos casos, de acordo também com a patologia respiratória. Na insuficiência respiratória hipercápnica existe uma taxa de insucesso de 20%, sendo esta percentagem mais elevada na insuficiência respiratória hipoxémica, o que exige uma vigilância permanente nas primeiras horas, como recomendam Ferreira et al. (2009).

Vigiar pressupõe avaliar regularmente, analisando a informação, reconhecer e intervir de forma adequada e em tempo útil, com base no conhecimento e antecipando possíveis complicações (Meyer & Lavin, 2005). A VNI demonstrou, comparativamente com a terapêutica convencional, reduzir a dispneia, melhorar a sobrevida, reduzir a necessidade de intubação orotraqueal e o tempo de internamento hospitalar (Gonzalez-Bermejo et al., 2019). As ações podem ter maior ou menor risco, sendo que cabe ao enfermeiro estar alerta para equilibrar a sua intervenção de forma a maximizar os efeitos pretendidos e, ao mesmo tempo, diminuir a ocorrência de efeitos não intencionais (Meyer & Lavin, 2005).

Nos últimos anos, a utilização de VNI tem evoluído e, atualmente, é uma estratégia terapêutica bem aceite e que pode ser usada em doentes com insuficiência respiratória de diferentes etiologias (Gonzalez-Bermejo et al., 2019). É uma técnica que exige responsabilidade e empenho por parte do enfermeiro, porque obriga efetuar avaliações frequentes dos parâmetros vitais, principalmente na fase inicial (de 4 em 4 a 8 em 8 horas), principalmente na fase inaugural de adaptação do doente ao ventilador e ao interface (Gonzalez-Bermejo et al., 2019). As alterações que possam ocorrer durante esse período devem ser identificadas precocemente, o que previne o insucesso da técnica.

A implementação da VNI pressupõe cuidados de enfermagem antes, durante e no momento da alta hospitalar, neste caso ao doente com indicação para manter a VNI

extra-hospitalar. Os parâmetros ventilatórios são prescritos pelo médico, cabendo ao enfermeiro informar o doente da sequência do procedimento a realizar e explicar quais os sinais de desconforto, nomeadamente dor, deslocação do interface, sensação de enfartamento, dificuldade respiratória ou em expelir as secreções (Álvares & Curião, 2016).

A escolha do interface é um momento importante, porque o mesmo irá ditar a boa ou má adaptação do doente ao ventilador. A seleção do interface (máscara nasal, facial, facial total, capacete, almofadas nasais, entre outros) varia consoante a situação clínica, o grau de colaboração do doente e as alterações cutâneas/dismorfias da face do doente (Álvares & Curião, 2016). Deve ser realizada a medição da face do doente para identificar qual o tamanho da máscara mais indicado.

Para o doente sob VNI, deve ser elaborada uma folha de registo dos parâmetros do ventilador. A folha de registo permite uma frequência de monitorização, que depende do plano de cuidados de enfermagem individualizado, de acordo com a situação clínica de cada doente (Álvares & Curião, 2016). A folha de registo inclui a monitorização e registo das manifestações clínicas de instabilidade, assim como a intolerância do doente ao interface; a ausência, melhoria ou o agravamento da dispneia; as alterações do estado de consciência; a instabilidade hemodinâmica, as disritmias e o aumento da broncorreia; a duração do tratamento diário (contínuo ou noturno com intervalos livres durante o dia); a sincronia doente-ventilador, através da leitura dos valores no painel do ventilador (volume total, frequência respiratória, fugas de pressão e débito de oxigénio); e a avaliação da saturação periférica de oxigénio, pressão arterial e frequência cardíaca (Álvares & Curião, 2016).

Tendo em consideração que o doente submetido a VNI tem uma patologia respiratória que implica falência respiratória, é essencial que o enfermeiro efetue de forma contínua a sua observação e vigilância. Ao intervir desta forma, o enfermeiro contribui de forma efetiva para o sucesso desta modalidade ventilatória, uma vez que é capaz de identificar precocemente possíveis alterações, porque lhes atribui significado, e implementar rapidamente medidas que podem prevenir complicações. Pelo estudo e reflexão que efetuei, verifico que a prestação de cuidados de enfermagem ao doente submetido a VNI se baseia na vigilância. Nesta perspetiva, a escolha de uma teoria de Enfermagem que sustentasse este percurso formativo recaiu, com naturalidade, sobre a Teoria da Vigilância.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

Este capítulo explicita o percurso de desenvolvimento de competências ao longo dos dois contextos de estágio – Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Polivalente, suportado em Benner (2001), na Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005) e na evidência científica, assim como na análise das vivências mais relevantes durante este período.

Recorrendo ao Modelo de Dreyfus de aquisição e desenvolvimento de competências aplicado à Enfermagem por Benner (2001), no início do estágio fiz uma autoavaliação e considerei estar no estadio de iniciada avançada, tanto no contexto de cuidados de enfermagem no SUP como no contexto de UCI, não obstante a minha experiência profissional de 4 anos em contexto de internamento na área da pneumologia. O plano que estabeleci teve em conta algumas limitações e inseguranças, por serem contextos novos e diferentes. No entanto, senti-me com ambição para superá-los de forma positiva, tendo em conta a riqueza das experiências de cuidados à PSC, pela prevalência de doentes com problemas respiratórios; a presença de enfermeiros peritos que me acompanharam, com vasta experiência na área; e o investimento que realizei em diferentes domínios. Deste modo, foi possível desenvolver competências especializadas em enfermagem na área da PSC, como descrito no objetivo do CMEPSC (ESEL, 2010).

2.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) ocorreu entre o dia 30 de setembro a 22 de novembro de 2019, com um horário rotativo pelas 24 horas (turnos de manhã, tarde e noite). Neste percurso de estágio, defini como objetivo geral “Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação não invasiva e sua família, com especial foco na vigilância, em contexto de UCIR”. Para atingir este objetivo, delinee os seguintes objetivos específicos:

- Caraterizar a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios;

- Compreender a experiência da PSC sob VNI e da sua família, em contexto de UCIR;
- Identificar os cuidados de enfermagem na vigilância à PSC sob VNI e sua família, em contexto de UCIR;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC sob VNI e sua família, em contexto de UCIR, sustentados na teoria da Vigilância e na evidência científica.

A UCIR é composta por uma área de Unidade de Cuidados Intensivos e uma área de Cuidados Intermédios, categorizadas como nível de cuidados II, destinadas a doentes com monitorização multiorgânica e com suporte de uma função orgânica (Paiva et al., 2017). Estas unidades, pela sua especificidade enquanto unidades destinadas a PSC com processos de saúde/doença complexos, recebem doentes com necessidade de VNI.

Tratando-se de doentes com instabilidade hemodinâmica, com necessidades múltiplas e complexas, o enfermeiro tem de ter em atenção uma prática de enfermagem segura, de modo a que exista uma vigilância adequada às necessidades do doente. Por outro lado, a multiplicidade de tecnologia associada ao cuidar destes doentes, faz com que a vigilância do doente crítico sob VNI assuma ainda maior importância. As valências de cuidados intermédios são unidades transitórias em que poderá existir um agravamento do estado de saúde do doente e, conseqüentemente, necessidade de estabilização prévia antes da transferência para outras valências, como a enfermaria.

Constatei que a UCIR é composta por 12 camas, sendo 8 de cuidados intensivos e 4 de cuidados intermédios. Os doentes internados vêm transferidos do SU, com maior prevalência de doentes do foro respiratório. Podem também ser internados doentes com outros diagnósticos (cirúrgicos, politraumatizados, entre outros), por uma questão de taxa de ocupação completa nos outros serviços, como por exemplo o serviço de Medicina Intensiva.

A equipa de enfermagem é composta por 25 elementos, sendo 4 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC e 5 em Enfermagem de Reabilitação. Existe, por turno, um chefe de equipa que faz a distribuição dos doentes, sendo habitualmente o enfermeiro especialista que assume essa responsabilidade. Os doentes são distribuídos segundo o rácio enfermeiro/doente, de acordo com o nível

de cuidados (Diário da República nº 533/2014). Relativamente às visitas, estas ocorrem no período da tarde, com flexibilidade de horário e de duração, sendo só permitida a visita de uma pessoa por doente.

O meu processo de integração teve uma evolução gradual na equipa e no ambiente físico e tecnológico da unidade. A consulta das normas e procedimentos do serviço, referentes ao acolhimento do doente e família, ao controlo de infeção, às diferentes escalas de apreciação do doente (de sedação, de dor, de risco de úlcera por pressão, de risco de queda), de entre outros documentos, teve o intuito de me permitir atuar conforme as indicações da instituição. Por outro lado, a frequência do Congresso Internacional do Doente Crítico (Anexo I), nomeadamente a realização do Workshop teórico-prático de Ventilação Não Invasiva (Anexo II), permitiu-me adquirir e aprofundar conhecimentos referentes ao doente crítico e situações de urgência/emergência, que mobilizei em estágio, assim como no âmbito da catástrofe e intervenção humanitária, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo do estágio, inicialmente observando e colaborando na prestação de cuidados e depois com progressiva autonomia, cuidei da PSC de uma forma contínua, o que favoreceu o meu processo de desenvolvimento de competências. Assim sendo, participei na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de suporte de função respiratória com VNI e com VMI; com suporte de função renal por técnica de substituição de função renal; com instabilidade hemodinâmica e necessitando de dispositivos de monitorização invasiva da pressão arterial e pressão venosa contínua; com suporte de terapêutica aminérgica em perfusão; com instabilidade hidroeletrólítica, exigindo a monitorização de balanço hídrico e de parâmetros analíticos e com alimentação entérica. Apesar de me ter focado na vigilância da PSC sob VNI, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes em situação crítica com outras problemáticas, internados não só na área dos cuidados intermédios mas também na área dos cuidados intensivos, o que me permitiu atingir as competências do enfermeiro especialista.

O doente que se encontra nos cuidados intermédios pode ser proveniente do SU, enfermaria ou até do mesmo da UCI, sendo transferido desta última por reunir critérios de estabilização hemodinâmica. Relativamente aos doentes submetidos a VNI, estive atenta às especificidades que promovem a sua vigilância. No início do turno, ajustei os alarmes do ventilador, tendo em conta o modo ventilatório, relativamente à

frequência respiratória (máxima e mínima), ao volume (superior e inferior) e à Hip (equivalente à pressão de Pico). Ainda no âmbito dos cuidados que prestei ao doente sob VNI, saliento a limpeza ocular com soro fisiológico e colocação de pomada oftálmica para hidratação; a higiene oral com Clorohexidina, prevenindo a secura da mucosa; a observação da tolerância e adaptação do doente após alteração de parâmetros ventilatórios; a gestão de períodos de pausa da VNI para iniciar o desmame da mesma e alívio das zonas de pressão do interface; a audição da presença de ruídos hidroaéreos, bem como a observação e palpação do abdómen para detetar precocemente a distensão gástrica.

Esta intervenção preventiva, antecipando o aparecimento de “algo” indesejado (Meyer & Lavin, 2005), detetando e determinando mudanças significativas do estado do doente (Benner, 2001) ou intervindo numa fase inicial, promove o bem-estar do doente e potencia a sua adaptação à VNI. Saliento, igualmente, a necessidade de estar atenta à linguagem não verbal do doente, dada a “barreira” do interface à comunicação verbal. É uma das limitações da VNI, pelo que foi importante explicar ao doente que não deveria retirar o interface, devendo utilizar a campainha para solicitar ajuda da equipa de enfermagem.

Foi evidente a importância da escolha do interface na VNI, tendo em conta os diferentes tipos existentes. Na UCIR, usei essencialmente a máscara facial, que é utilizada preferencialmente em situações agudas, por ser mais eficaz para pressões elevadas, permitindo maior volume corrente (V_t) e por permitir uma correção mais rápida das trocas gasosas (Curião, 2016). Alternando com a VNI, foi utilizada oxigenoterapia de alto fluxo por cânulas nasais, com o objetivo de fornecer oxigénio aquecido e humidificado em fluxos muito superiores aos da oxigenoterapia convencional (Pires, Marques & Masip, 2018). Foi possível realizar a gestão do tempo de pausa da VNI, pela necessidade de fazer pausas, quer para desmame, como para alimentação, como também para alívio da pressão do interface.

Nos cuidados intensivos, os doentes necessitam de uma vigilância mais constante, pela utilização de suporte respiratório nas situações de insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica. Na UCIR, é utilizada a VNI no período pós-extubação endotraqueal, com alternância de oxigenoterapia de alto fluxo por cânulas nasais ou máscara facial e/ou óculos nasais. Nos doentes que estão na UCI ventilados, tive oportunidade de ajustar os alarmes do ventilador no início do turno, estabelecendo um valor máximo e mínimo de intervalo, no que diz respeito à pressão

de pico, ao *Positive End-Expiratory Pressure* (PEEP), à frequência respiratória, ao volume minuto e ao etCO₂. Os limites foram ajustados sempre que necessário, tendo em conta o doente, a sua adaptação ao ventilador e os volumes que estava a fazer no momento. Na vigilância do doente ventilado, durante o turno, tive também em consideração a monitorização do traçado eletrocardiográfico, da frequência cardíaca, da tensão arterial invasiva e/ou não invasiva, da saturação periférica de oxigénio e da temperatura periférica. Experimentei, como afirmam Henneman et al. (2012), que a vigilância é um processo sistemático e direcionado a objetivos, focado na identificação antecipada dos riscos e na necessidade de intervir precocemente.

O ambiente tecnológico existente na UCI é vasto, mas fundamental, uma vez que o tratamento do doente crítico exige diversas técnicas invasivas, assim como procedimentos que carecem de monitorização constante. No entanto, é importante conseguirmos distanciar-nos da tecnologia e ter um olhar crítico perante o doente. Durante o estágio, foi evidente como o ambiente tecnológico da unidade pode condicionar o conforto do doente, sendo essencial que o enfermeiro esteja atento e intervenha eficazmente. A monitorização do doente é uma componente essencial, mas não a única da vigilância, que é um processo significativamente mais complexo (Henneman et al., 2012), o qual requer uma constante mobilização de conhecimentos, de natureza diversa, para uma tomada de decisão e posterior ação eficazes (Meyer & Lavin, 2005).

Ressalvo que, mais do que a utilização da tecnologia, a observação do doente é essencial para uma vigilância adequada. Ainda que a observação seja um processo contínuo, destaco o momento do posicionamento para a observação da pele do doente. Neste momento, é possível identificar e prevenir úlceras por pressão decorrentes da utilização da VNI, pela possibilidade de ocorrerem por baixo do interface (Shallom et al., 2015), assim como do posicionamento do doente no leito, nomeadamente úlceras nos pavilhões auriculares, na região sagrada e nos calcanhares. A observação da pele da PSC revestiu-se de particular importância quando era realizada perfusão intravenosa de Noradrenalina, pelo risco de má perfusão periférica. Saliento, também, a relevância da avaliação do nível do tubo orotraqueal, da necessidade de aspiração de secreções, assim como da hidratação ocular, da higiene oral e da avaliação abdominal, em doentes submetidos a VNI.

A prática de enfermagem é complexa, sendo que a tecnologia utilizada atualmente facilita a vigilância e o tratamento da PSC. O conhecimento e o saber manusear a

tecnologia é uma competência exigida ao enfermeiro, para garantir a manutenção da segurança da pessoa doente, pelo risco clínico existente. Para além do aprofundamento que realizei ao nível do conhecimento e do manuseamento de diferente tecnologia, senti-me também desperta para o desconforto do doente associado aos procedimentos e equipamentos invasivos, tais como a entubação endotraqueal, colocação de cateteres centrais, entre outros procedimentos invasivos; ao som proveniente de vários monitores que alarmam, à luminosidade e à temperatura ambiente (Castro, Vilelas & Botelho, 2011). Estes estímulos externos podem ter repercussões significativas na estabilidade destes doentes, contribuindo nomeadamente para o aparecimento de alucinações, desorientação, ansiedade ou agressividade (Castro et al., 2011). A minha intervenção teve em conta estes pormenores e, sempre que possível, diminuía a luz da unidade, no turno da noite privilegiava o silêncio ou o mínimo de barulho possível e, se o doente se encontrasse sedado, antes de qualquer intervenção, comunicava o que iria fazer.

Ainda no âmbito da promoção do conforto do doente, relato a situação de uma doente asmática que tinha sido extubada no período da manhã, sem intercorrências. No início do turno da tarde, encontrava-se a fazer oxigénio por alto fluxo, bem adaptada. No fim do turno, começou a ficar bastante ansiosa, referindo que queria ir para casa. Pela ansiedade e inquietude que demonstrava, havia o risco de descompensação respiratória e de nova re-intubação, pelo que falei com a doente e procurei perceber o que a preocupava, quais os seus medos e inseguranças. Promovi, em conjunto com a enfermeira orientadora, na unidade onde se encontrava, um ambiente relaxante, com música calma, complementado com uma massagem corporal. Esta intervenção teve repercussões positivas na doente, ficando mais calma e expressando bem-estar. Em ambientes tecnologicamente intensos, é necessário adotar uma abordagem holística para cuidar (Almerud et al. 2007), sendo possível realizar intervenções autónomas baseadas na vigilância profissional de enfermagem.

Tive oportunidade de verificar que a dor está quase sempre presente na PSC, relacionada com a patologia de base que levou ao seu internamento, mas também com os procedimentos invasivos e não invasivos a que está sujeita (Teixeira & Durão, 2016). A dor causa desconforto, incapacidade e reduz a qualidade de vida, sendo o controlo eficaz da dor essencial para o bem-estar do doente. Segundo a OE (2008), é dever do enfermeiro implementar intervenções, autónomas e interdependentes, que visem a gestão e controlo da dor. A utilização de estratégias farmacológicas e não

farmacológicas para o seu alívio, implica a monitorização rigorosa do registo da dor pelas várias escalas existentes, de forma a otimizar a terapêutica administrada, e a reavaliação da mesma.

Ao longo do estágio, foi possível perceber a importância que avaliação da dor tem no doente internado na UCI. A maioria dos doentes encontrava-se sedada e analgesiada e, nesta situação, avalei a dor pela escala de *Behavioral Pain Scale* (BPS), quando os doentes não se encontravam curarizados, ou pela escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale* (FLACC). A avaliação da dor foi realizada de 2 em 2 horas e sempre que necessário, por identificação da expressão facial contraída do doente ou por interpretação de desadaptação ventilatória e taquipneia. A gestão da analgesia foi realizada, também, antes dos posicionamentos e previamente à aspiração de secreções em situações que se justificasse. O controlo da dor na PSC pode diminuir o risco de complicações, o que fundamenta a importância da sua avaliação e tratamento (Teixeira & Durão, 2016). Nesta perspetiva, o enfermeiro deve estar alerta para equilibrar a sua intervenção, de forma a maximizar os efeitos pretendidos e, ao mesmo tempo, diminuir a ocorrência de efeitos não intencionais (Meyer & Lavin, 2005).

Nos cuidados de enfermagem que prestei aos doentes submetidos a VNI, saliento a importância que atribuí à manutenção da sua própria autonomia, com as limitações decorrentes do seu processo de doença. Após a estabilização respiratória e estando a ser realizado o desmame da VNI, nos momentos de pausa, incentivei o doente a ser autónomo nas suas AVD. Por exemplo, aquando dos cuidados de higiene, o doente realizar a sua higiene oral e até mesmo lavar e secar algumas partes do corpo, mediante a apreciação da sua tolerância ao esforço; à refeição, alimentar-se sozinho; ou realizar o levante para o cadeirão. Ao proporcionar pequenas atividades durante o internamento, sempre que possível com a presença do familiar, permiti que o receio inicial demonstrado pelo doente de não conseguir realizar as suas atividades, fosse reduzido ou mesmo anulado.

Considero que a observação e identificação de possíveis complicações foi um aspeto que fui desenvolvendo e maturando durante o estágio. Em situações de descompensação respiratória, ao observar que o doente apresentava polipneia, taquipneia, diminuição de oximetria periférica e/ou agitação, foi possível agir rapidamente na escolha e troca do interface. Deste modo, tive oportunidade de demonstrar a minha tomada de decisão fundamentada na evidência científica e na

partilha de experiências com a enfermeira orientadora. Executei intervenções autónomas e interdependentes à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 429/2018), o que me permitiu desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC.

No decorrer do estágio, considerei pertinente desenvolver o tema das úlceras por pressão (UPP) decorrentes da utilização da VNI. Esta necessidade surgiu por ser um problema frequente no serviço onde exerço funções, assim como por ser uma preocupação que constatei existir na equipa de enfermagem da UCIR. Sendo uma intervenção autónoma do enfermeiro, relacionada com a vigilância por si realizada, senti-me ainda mais motivada para aprofundar conhecimentos e estratégias que minimizem o seu aparecimento.

Segundo a DGS (2011), as UPP são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, sendo estimado que cerca de 95,0% das UPP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. Assim, deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP nos doentes, em todos os contextos assistenciais, nas primeiras 6 horas após a sua admissão (DGS, 2011).

A UPP é definida como:

uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras por pressão também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido (EPUAP, NPUAP & PPPIA, 2014, p.13).

Segundo a fonte supracitada, as UPP são classificadas em quatro categorias, Categoria I: Eritema Não branqueável; Categoria II: Perda Parcial da Espessura da Pele; Categoria III: Perda Total da Espessura da Pele; Categoria IV: Perda Total da Espessura dos tecidos; Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada; Suspeita de Lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada.

Existem vários fatores de risco associados às UPP, nomeadamente a perfusão e oxigenação alteradas; o défice nutricional; o aumento da humidade da pele e temperatura corporal; a idade avançada; a alteração da perceção sensorial; as alterações hematológicas e do estado geral de saúde do indivíduo. As UPP relacionadas com dispositivos médicos não representam uma nova categoria de UPP,

devendo ser classificadas de acordo com o nível de perda tecidual através do Sistema de Classificação Internacional (EPUAP, NPUAP & PPPIA, 2014).

Martins et al. (2016) alertam que a úlcera da face é uma das complicações mais recorrente associada à prática de VNI. Os autores recomendam a interrupção de VNI, sempre que possível, e que sejam implementadas medidas preventivas, como a adequação do interface e o investimento na formação em serviço. Na maioria dos casos, as máscaras encontram-se muito apertadas para reduzir as fugas de ar, causando lesões na pele, especialmente onde o tecido subcutâneo tem uma camada mais fina, como é o caso da pirâmide nasal (Maruccia et al., 2015).

Existem várias formas de prevenir as UPP, sendo que a NPUAP (2015) recomenda a utilização de um penso de proteção, como por exemplo um penso transparente, de silicone, de espuma fina ou de hidrocolóide, para reduzir o atrito e a fricção e, assim, evitar o desenvolvimento de úlceras por pressão. Considera também importante alternar de forma periódica a colocação da máscara, utilizar diferentes tipos de máscaras (no mínimo 2) ou fazer interrupções de 10 minutos, conforme tolerado pelo doente.

Esta problemática, na qual o enfermeiro pode ter um papel essencial na prevenção e tratamento, levou-me à elaboração de uma “Folha de monitorização de úlceras por pressão em doentes submetidos a VNI”. Este instrumento, contendo uma *checklist* de intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção das UPP, sustentada na evidência científica, foi analisado pelo “Grupo das Úlceras Por Pressão” do serviço e aprovado pela enfermeira chefe, sendo posteriormente integrado informaticamente no Protocolo da VNI existente na UCIR. O instrumento foi apresentado à equipa de enfermagem nas passagens de turno, por se ter considerado que as informações presentes na *checklist* poderiam ter maior impacto neste momento da continuidade dos cuidados. Por outro lado, o “Grupo das Úlceras Por Pressão” mencionado, asseguraria posteriormente o esclarecimento e reforço de informação necessário, podendo recorrer ao suporte teórico construído para o efeito, o qual reunia a evidência científica mais recente sobre o tema.

A prevenção das UPP nos doentes que vão manter a VNI no domicílio, precisa também de ser acautelada, sendo necessária a implicação e a orientação do doente e família. O envolvimento da família é essencial no processo de transição saúde-doença, considerado como a mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para

uma situação de doença aguda ou crónica ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar que pode, contudo, incorporar a cronicidade (Santos et al., 2015).

No que diz respeito ao envolvimento da família nos cuidados, a experiência de enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos revela que a sua presença e participação nos cuidados é muito importante, porque partilham com os enfermeiros informação essencial à prestação de cuidados personalizados ao doente (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Desta forma, é fundamental que o enfermeiro percecione a família da pessoa em situação crítica como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica baseada numa comunicação eficaz (Borges, 2015). A comunicação, tanto verbal como não-verbal, é um elemento importante dos cuidados de enfermagem à família e um indicador de qualidade e de humanização dos cuidados prestados.

Nesta perspetiva, destaco o papel fundamental que o enfermeiro tem nas sessões de educação para a saúde, formais ou informais, ao doente e à sua família/cuidador. Ao longo do estágio, foram vários os momentos de cuidados em que percecionei a apreensão dos familiares quando visitavam os doentes submetidos a VNI pela primeira vez, mesmo encontrando-se adaptados. A informação acerca do porquê de estar a fazer esta terapia e qual a sua importância, assim como a explicação de que não poderia oferecer água ou alimento sem conhecimento da enfermeira e, se o doente referir desconforto, avisar de imediato para que a enfermeira ajuste a máscara ou, eventualmente, os parâmetros de conforto da VNI, favoreceu a compreensão do que se estava a passar com o doente e proporcionou maior tranquilidade ao familiar.

As experiências que vivenciei demonstram, como afirmam Moraes e Queirós (2013), que a família e o cuidador informal são intervenientes significativos no processo de implementação da VNI, atribuindo ao enfermeiro funções/intervenções indispensáveis, tanto no domínio da informação, salientando ações relacionadas com o ensino, instrução e treino, como no âmbito da adaptação à máscara e ventilador. Muito embora as orientações possam ser direcionadas para o internamento atual, que pode ser uma situação transitória, poderá existir a possibilidade de o doente fazer esta terapia em domicílio, a qual já não será completamente desconhecida para o doente, nem para o seu familiar ou cuidador.

Não obstante os momentos de interação com o doente e família terem sido significativos, um deles tocou-me de forma mais profunda e motivou uma reflexão escrita através de um jornal de aprendizagem. A situação ocorreu com um doente internado com o diagnóstico de pneumonia e neutropénia. Por agravamento do seu estado geral, foi entubado orotraquealmente, mantendo instabilidade hemodinâmica, com necessidade de perfusão de vasopressores e Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua. Antes de entrar na unidade, foi explicado à esposa de que forma iria encontrar o marido, rodeado de equipamento técnico que o poderia tornar quase irreconhecível. A esposa questionou o porquê de ter “*tanta coisa à volta dele*” (sic), perguntando também se o marido estava melhor e o que poderia fazer para que ele não estivesse assim. A minha atuação teve por base a escuta ativa, a disponibilidade e o estar presente. A forma como as questões foram respondidas tiveram o intuito de facilitar a permanência da esposa junto do doente, desmistificando alguns medos e receios, como por exemplo se o marido a estaria a ouvir ou se lhe poderia tocar, tendo consciência que a vulnerabilidade experimentada pela senhora, face à situação de doença crítica do marido, poderia provocar momentos de grande instabilidade emocional (Mendes, 2016).

É necessário realizar a preparação prévia do familiar e acompanhamento durante a visita ao doente na UCI, identificando e esclarecendo dúvidas, observando as reações e comportamentos, procurando compreender os seus sentimentos de ansiedade, de isolamento, de medo da morte e de perda de controlo da situação. São estas atitudes que promovem a ligação e a comunicação entre o enfermeiro, o doente e a sua família. Os enfermeiros não se limitam apenas a transmitir a informação, sendo que se preocupam, também, em fornecer suporte emocional ao familiar, através da tranquilização e do encorajamento (Borges, 2015).

A comunicação é uma ferramenta fundamental no cuidado humanizado ao doente, uma vez que o enfermeiro identifica as necessidades e quais as melhores estratégias para a resolução de problemas, ajudando a família a encontrar um novo equilíbrio. Para além da família ser uma extensão da pessoa doente, que nos pode ajudar a conhecer melhor o doente, a família é também uma fonte importante de informação sobre o mundo exterior para os doentes (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Na interação com o doente e família, realço a importância de ser congruente na mensagem verbal e não-verbal, sendo necessário, por vezes, adotar mecanismos de adaptação para ultrapassar os próprios medos e inseguranças, especialmente quando é necessário

transmitir más notícias. Estas dificuldades poderão, eventualmente, ser ultrapassadas através da reflexão sobre a ação com colegas mais experientes, assim como através da realização de formação sobre esta problemática.

Uma das experiências que tive em estágio, levou-me a refletir sobre a prática de cuidados paliativos a doentes na UCI, por ser um local altamente tecnológico onde o “tratar” assume preponderância. Dada a situação clínica do doente em causa, em reunião de equipa multidisciplinar foi decidido que, a partir daquele dia, se iria promover o conforto do doente e não adotar medidas invasivas. Esta informação foi transmitida à família. Mais tarde, ao verificar que o doente mantinha o tubo orotraqueal, fui abordada pela família que me perguntou: *“se já não há mais nada a fazer, então porque é que continua com o ventilador?”* (sic). O que então responder? Como apoiar esta família?

A frequência do Colóquio de Enfermagem “Evidências em Enfermagem de Medicina Interna” (Anexo III), onde para além da área da VNI foi abordado o tema “Cuidados Paliativos”, tinha-me já sensibilizado para esta problemática, a qual aprofundi através de pesquisa bibliográfica e reflexão com a enfermeira orientadora. Segundo a DGS (2004), a abordagem da fase final da vida tem sido encarada, nos serviços de saúde, como uma prática estranha e perturbadora, com a qual é difícil lidar.

Os Cuidados Paliativos são os cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas em unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação DGS (2004). Segundo a mesma fonte, os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes na fase final da vida, tendo como componentes essenciais o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família, incluindo o apoio durante o luto; e a interdisciplinaridade.

Na opinião de Pina (2019), a Medicina Intensiva é o cenário final onde se desenrola, por excelência, o episódio terminal da vida. Neste contexto, o profissional de saúde é confrontado com o sofrimento, a morte e o próprio insucesso da medicina,

sendo que, muitas vezes, não tem formação para lidar com a situação e dar a resposta necessária. Pina (2019) reforça ainda que o mais importante é reconhecer que a verdadeira medicina não se esgota nas técnicas, mais ou menos sofisticadas, e nos equipamentos, mais ou menos evoluídos. Por isso, apesar de ser um ambiente tecnológico, a prática da palição pode ser efetuada.

Uma ação paliativa, segundo a DGS (2004), significa qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. Paliar pressupõe o alívio do sofrimento do doente e, até mesmo, da própria família. Ainda assim, a prática dos cuidados paliativos a doentes na UCI é um tema pouco trabalhado junto das equipas multidisciplinares, mas é um recurso que tem vindo a ser mais recorrente na prática, implicando formação e treino dos profissionais que prestam cuidados nesses contextos. Pina (2019) defende que garantir ao doente uma vida e uma morte com dignidade exige reflexão, tempo e espaço para criar os laços que serão lembrados pelos sobreviventes, muito depois da partida do seu ente querido.

Foi um grande desafio cuidar de doentes em situação crítica com um elevado grau de complexidade, pela pouca experiência que tinha na área de cuidados intensivos. As inúmeras e diversificadas experiências de aprendizagem que realizei, foram possíveis através do suporte da orientadora de estágio, da preparação teórica que efetuei e da análise da prática, o que permitiu uma evolução gradual e segura no desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. Neste âmbito, destaco o aprofundamento que realizei na prestação de cuidados relacionados com a vigilância da pessoa submetida a ventilação não invasiva.

2.2. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência Polivalente

O estágio no SUP teve a duração de 13 semanas, decorrendo de 25 de novembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020, com horário rotativo pelas 24 horas (turnos de manhã, tarde e noite). Defini como principal objetivo: *“Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, nomeadamente promovendo a vigilância da pessoa submetida a ventilação não invasiva, em contexto de SUP”*. Para atingir este objetivo, delineei os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o Serviço de Urgência;
- Integrar a equipa multidisciplinar do SU, promovendo um trabalho em equipa;
- Sustentar a tomada de decisão em clínica na evidência científica;
- Aprofundar conhecimentos teóricos relacionados com a vigilância da PSC com especial foco na pessoa sob VNI;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e família, sustentados na evidência científica, com especial foco na vigilância da pessoa sob VNI, no SU;
- Promover a prestação de cuidados, com base em competências éticas e legais à PSC, no SU;
- Promover a segurança nos cuidados à PSC e família, nomeadamente na gestão de controlo de infeção, no SU;
- Desenvolver competências no alívio e controlo da dor da PSC, no SU;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para a vigilância da pessoa sob VNI.

O SUP corresponde ao nível mais diferenciado de abordagem a situações de urgência e emergência (Despacho nº 10319/2014). No entanto, dada a sua elevada diferenciação técnica e polivalência, a Urgência Geral Polivalente admite todos os doentes, independentemente da sua proveniência. A Urgência Geral Polivalente integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho nº13427/2015), como Serviço de Urgência Polivalente e Centro de Trauma, funcionado 24 horas por dia, tendo integrada uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), segundo Despacho nº 5561/2014.

O serviço recebe um grande número de doentes diariamente, pela sua especificidade em ser SUP e Centro de Trauma, assim como pela sua localização geográfica. Encontra-se dividido em vários setores, tendo três gabinetes de triagem, duas salas de reanimação e duas salas de trauma. A Sala de Observação (SO) está organizada por cinco salas com capacidade para quatro doentes em cada e um extranumerário. O setor de ambulatório é dividido nas áreas de doentes com prioridade verde e amarela, assim como nos balcões de cirurgia e de ortopedia. O balcão de oftalmologia e otorrinolaringologia encontra-se no mesmo edifício, mas num piso diferente do SU.

A equipa de enfermagem é composta por 141 elementos, divididos por 6 equipas com 24 elementos e os elementos de apoio à gestão. No turno de manhã estão 23 enfermeiros, no turno da tarde 22 e no turno da noite 19, número que pode ser reestruturado consoante as necessidades e dinâmica do serviço. Existem 12 enfermeiros especialistas, sendo 9 em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC, 2 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Em cada turno, a equipa de enfermagem é distribuída pelo enfermeiro chefe de equipa, sendo este o elemento responsável pela coordenação do SU. A distribuição dos enfermeiros pelos vários setores tem em conta a sua experiência e o tempo de permanência no serviço.

A coordenação do SU durante o turno constitui uma experiência complexa, dadas as características deste tipo de serviço. Durante o estágio, foi-me possível acompanhar a enfermeira orientadora na coordenação do turno, o que foi facilitador para desenvolver as competências de gestão, área na qual não tinha experiência anterior. Neste serviço, o enfermeiro chefe de equipa tem o papel de gerir o número de vagas existentes nos diferentes setores, de efetuar a gestão de recursos humanos, assim como fazer a coordenação de stocks de materiais. A gestão destas diferentes áreas exige do enfermeiro chefe de equipa uma visão geral do serviço, bem como o conhecimento das necessidades de saúde dos diferentes doentes.

As atividades que mencionei, permitiram-me desenvolver o meu pensamento crítico e capacidade de decisão e liderança, gestão e organização de recursos, assim como de técnicas de comunicação e gestão de conflitos. Saliento a importância do contacto com outras instituições e serviços, nomeadamente com as equipas pré-hospitalares, para gerir e coordenar o serviço, de forma a existir uma resposta eficaz às necessidades das pessoas. Segundo Oliveira, Queirós e Castro (2015), o exercício

da enfermagem requer combinações complexas de conhecimento, desempenho, habilidades e atitudes, o que implica a necessidade de uma definição holística de competência. Segundo os mesmos autores, a avaliação da competência permite que o enfermeiro possa ser entendido pela sociedade como um profissional seguro e confiante, com habilidade e conhecimentos adequados para a prática dos cuidados.

Após a admissão no SU, o doente é triado segundo o protocolo de Triagem de Manchester. O protocolo permite identificar uma prioridade clínica, com posterior alocação do doente na área de atendimento mais adequada (DGS, 2018). De acordo com o Despacho nº 4835-A/2016, o sistema de Triagem de Manchester assenta numa classificação dos doentes por cores, que representam o grau de risco e o tempo de espera clinicamente recomendado para o atendimento. Deste modo, nos quadros emergentes e mais graves é atribuída a cor vermelha, nos casos muito urgentes a cor laranja e nos casos urgentes a cor amarela. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes). Existe ainda a cor branca, caracterizando um atendimento eletivo, ou seja, que pode ser programado.

Este protocolo incide sobre a queixa do doente e avalia sinais de gravidade, pelo que, posteriormente, o doente é encaminhado para a área de espera e especialidade médica e/ou cirúrgica que o irá observar. Os doentes emergentes ou urgentes, com necessidade de uma intervenção imediata, entram diretamente para a sala de reanimação. O sistema de triagem é realizado pelos enfermeiros do SU. De forma a desempenhar adequadamente a sua função na triagem, verificando uma correta prioridade clínica num espaço de tempo limitado, o enfermeiro deve ter competência, experiência, conhecimento e intuição (Neves, 2010).

A identificação precoce do problema, aspeto importante na admissão e encaminhamento do doente no SU, tem paralelo com a atribuição de significado proposta por Meyer e Lavin (2005) na Teoria da Vigilância. Nesta perspetiva, é fundamental que o enfermeiro, na triagem, faça a apreciação do doente de forma eficaz e eficiente, usando técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, que permitam que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de saúde da pessoa, para assim definir a sua prioridade clínica (Amaral, 2017).

O SU dá resposta à Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis, Via Verde Trauma e Via Verde Prioritária Colo do Fémur. Durante o estágio, foi possível

acompanhar uma doente chegada com Via Verde AVC, após ter sido ativada a Equipa de Emergência Interna, constituída por um médico e um enfermeiro do SU. A doente entrou diretamente para o serviço de Imagiologia para realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio-encefálica (CE). Neste serviço, já se encontrava presente a equipa da Unidade Cérebro-Vascular (UCV), formada por médico, enfermeiro, anestesiista, neurocirurgião e radiologista. A doente foi de imediato observada e feita a avaliação A - *Airway*, B - *Breathing*, C - *Circulation*, D - *Disability*, E - *Exposure* (ABCDE) (American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013), realizada a colheita de dados, colhido sangue para análises (hemograma, bioquímica, coagulação) e puncionado acesso venoso periférico. Após a realização do exame imagiológico, a doente foi rapidamente transferida para a UCV, para realização do tratamento terapêutico agudo.

Esta experiência proporcionou-me aprendizagens significativas, reforçando o conhecimento que já tinha da norma da Via Verde AVC e, tratando-se de uma emergência, evidenciou a importância de uma intervenção célere e conjugada dos diferentes profissionais de saúde, de forma a minimizar o tempo de evolução do AVC e a implementação do tratamento necessário. Tendo em consideração que as doenças cérebro-vasculares são um importante problema de saúde pública, a ativação das Vias Verdes promove o envolvimento dos profissionais de saúde e o reconhecimento precoce de sinais de alarme, proporcionando o tratamento adequado num curto intervalo de tempo (DGS, 2017).

Tendo em conta os objetivos delineados, o meu foco incidiu na prestação de cuidados aos doentes admitidos na sala de reanimação e internados em SO. Contudo, tive possibilidade de observar e colaborar na prestação de cuidados aos doentes admitidos nos restantes setores do SU. Experimentei que a vigilância é uma ferramenta major nos cuidados de enfermagem, sempre presente em todos os momentos e particularmente desafiante no SU. Reconheço que, em situações inesperadas, nem sempre foi fácil antecipar os problemas do doente, uma das competências do “Domínio da função de diagnóstico e vigilância” de Benner (2001), e atuar de forma breve para minimizar possíveis complicações. Foi uma competência que fui desenvolvendo durante o estágio.

Na triagem, é importante que o enfermeiro centre a colheita de dados na queixa que motivou a vinda do doente ao SU, ativando o fluxograma que gera uma prioridade. Nesse momento, o enfermeiro consegue identificar quais os sinais e sintomas que

deve vigiar e para onde deve encaminhar o doente. Por exemplo, se existe uma alteração na frequência cardíaca, o enfermeiro informa o médico e faz de imediato o encaminhamento do doente para a sala de reanimação, para que possa ser monitorizado e observado. Frequentemente, ocorrem situações cujo agravamento pode ser prevenido por uma correta vigilância do enfermeiro, ao realizar por exemplo a interpretação das alterações dos sinais vitais, da dificuldade respiratória, da coloração das mucosas ou da sobredosagem de medicação. A interpretação correta da avaliação inicial do doente é uma das ferramentas da vigilância de Meyer e Lavin (2005), sendo necessário que o enfermeiro faça “o cálculo do risco” das suas ações, de forma a diminuir a ocorrência de efeitos não pretendidos.

No setor de pequena cirurgia ou ortopedia, tive possibilidade de colaborar nos cuidados a doentes admitidos por traumatismos com feridas, queimaduras, fraturas dos ossos da face, da clavícula ou do colo do fémur. Para além da realização da limpeza e desinfeção da ferida e da colocação do penso apropriado, colaborei na imobilização do membro fraturado, com ligadura ou tala gessada, e na colocação de trações cutâneas nos doentes com fraturas do colo do fémur. De salientar a vigilância destes doentes, relacionada com o controlo da dor, com a deteção precoce de alterações neurocirculatórias e o correto posicionamento.

Na sala de reanimação, a atuação vai ao encontro das necessidades do doente em situação crítica e ao grau de gravidade e de instabilidade identificados, sendo essencial que a atuação seja rápida e eficaz, competência que se desenvolve com o tempo, estudo e experiência adquirida no SU. O papel do enfermeiro consiste, para além de monitorizar os parâmetros mensuráveis, em efetuar a vigilância do doente, o que engloba a avaliação, análise, interpretação, tomada de decisão e concretização de ações com base nas conclusões dos cuidados prestados (Kelly & Vincent, 2010).

O trabalho em equipa no SU é essencial, entre todos os elementos de várias profissões que no local desempenham funções. Numa fase inicial do estágio, observei o método de trabalho e quais as prioridades que a equipa estabelecia, dependendo do setor onde intervinha. Por exemplo, na sala de reanimação quando era admitido um doente politraumatizado, com Via Verde AVC ou que tinha sofrido queimaduras, a equipa articulava-se no sentido de realizar de imediato a sua apreciação, a colheita de dados (sempre que possível), identificar as alergias; puncionar um acesso venoso periférico, colher sangue para análises e realizar outros exames complementares de diagnóstico, de acordo com a problemática de cada doente. Destaco o espírito de

equipa e de entreajuda que os enfermeiros e chefes de equipa desenvolviam entre si, bem como junto da equipa multidisciplinar, e que promovia um ambiente de harmonia e colaboração de todos os elementos.

Ao longo do estágio, fui colaborando de forma progressivamente mais efetiva no trabalho em equipa. Houve uma situação em que deram entrada dois doentes, quase em simultâneo, na sala de reanimação. Os doentes tinham sofrido um atropelamento na via pública. Embora tenham sido situações que ocorreram em locais distintos, a sua entrada no SU sucedeu com poucos minutos de diferença. A equipa que se encontrava de reanimação foi dividida pelo chefe de equipa, para dar resposta aos dois doentes. Em conjunto com a enfermeira orientadora, prestei cuidados ao primeiro doente a ser admitido. Tratava-se de uma situação de Trauma e a doente entrou diretamente para a sala de reanimação. É uma área onde a equipa de reanimação tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções vitais da PSC (Ordem dos Médicos, 2009). A abordagem e intervenção foi orientada pelo ABCDE, estando a doente consciente, com pontuação de 15 na Escala de Coma de Glasgow. Na avaliação dos sinais vitais, a alteração identificada foi a presença de dor generalizada, que a doente classificou com intensidade 7 na escala numérica da dor. Foi puncionado um acesso venoso periférico, feita colheita de sangue para análises e administrada analgesia por via intravenosa. Nas lesões sangrantes identificadas na região frontal, membros superiores e inferiores, foi feita a limpeza e desinfeção das mesmas. Foi realizado ECG e, em seguida, TAC CE, do tórax e abdomino-pélvica. Após observação pelo médico dos resultados dos exames, os quais não revelaram alterações, e por se encontrar estável do ponto de vista hemodinâmico, a doente foi transferida para uma sala de SO, aguardando vaga na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Neurocríticos.

Nesta situação, tive possibilidade de executar vários procedimentos de enfermagem, de colaborar na observação e avaliação sistemática da doente, procurando identificar e interpretar alterações do seu estado resultantes do trauma. A participação no curso de Suporte Avançado de Vida e Trauma (SAVT) (anexo IV) foi uma mais valia, pela aquisição de conhecimentos na área do trauma que tive oportunidade de mobilizar na prática. Apesar de não ter sido possível apurar o local de impacto do carro no corpo da doente, foi importante manter a vigilância e observação de possíveis alterações, tais como a taquicárdia, a hipotensão e a

sudorese, que poderiam sugerir choque hipovolémico decorrente de possíveis lesões internas. Foi assegurado o controlo da dor e o suporte emocional, dado que a doente se encontrava muito queixosa, assustada e ansiosa. Foi também realizado o contacto telefónico à filha da doente, informando-a do sucedido e esclarecendo as suas dúvidas. As intervenções realizadas naquele momento, proporcionaram algum bem-estar à doente, que vivenciava uma ocorrência traumática e inesperada na sua vida. Na prestação de cuidados à PSC, é fundamental que o enfermeiro pense na evolução da sua situação clínica, procurando “antecipar os problemas” que podem daí surgir, equacionando o que faria para solucioná-los (Benner, 2001). Esta competência do enfermeiro perito enquadra-se na capacidade de vigiar, complementando as competências do EEPSC.

Em diversos momentos do estágio, tive oportunidade de discutir e refletir com a enfermeira orientadora, sobre a responsabilidade do enfermeiro especialista na gestão de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas de alívio da dor. Segundo Teixeira e Durão (2016), a dor está quase sempre presente na PSC, relacionando-se com a patologia de base que ocasionou o seu internamento no SU. Embora o SU não tenha um protocolo de gestão da dor estruturado e, por vezes, não existir prescrição médica de analgesia, como pude constatar em vários doentes internados em SO, a dor é avaliada regularmente pela escala numérica ou FLACC e posteriormente informado o médico. Foi minha preocupação não descurar a avaliação da dor da PSC, através do uso de escalas e da observação de esgar facial, agitação ou taquicardia, por exemplo, assim como efetuar o seu controlo, implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estas últimas, como a alternância de decúbitos, a elevação da cabeceira ou o levantar para cadeirão, quando a situação do doente o permitia, contribuíram para o seu bem-estar e evidenciam o campo de intervenção autónomo do enfermeiro no controlo da dor.

Na sala de reanimação, senti inicialmente dificuldade na avaliação do doente e na gestão dos cuidados atendendo às prioridades. Após refletir sobre o sucedido com a enfermeira orientadora, atribui esta dificuldade ao ambiente, que percecionei como confuso e no qual me era difícil concentrar, devido à presença e solicitações de vários profissionais em simultâneo (médicos de várias especialidades, enfermeiros, assistentes operacionais, bombeiros, técnicos de análises e de imagiologia). Consegui ultrapassar esta dificuldade focando-me na observação dos doentes cujas situações tinham um grau de gravidade menor, estabelecendo as prioridades e plano

de cuidados de uma forma mais sistematizada, antes de passar, gradualmente, para as situações de maior complexidade.

A estratégia que adotei para a transmissão oral e escrita da informação do doente, segundo a metodologia ISBAR, ajudou-me a melhorar a capacidade de concentração. Elaborei um instrumento escrito, tendo em conta o modelo que utilizo no serviço onde exerço funções, que adaptei ao SU. Embora o tivesse utilizado mais frequentemente no SO, considero ter sido uma mais valia para a estruturação do pensamento de enfermagem nos diferentes contextos de cuidados.

No âmbito da dinâmica do SU, torna-se essencial destacar a importância de assegurar a privacidade, a confidencialidade e a dignidade dos doentes que aí são admitidos. Na minha perspetiva, são os princípios éticos que destaco neste contexto, uma vez que existe muita movimentação de profissionais de saúde e de outras profissões (médicos, enfermeiros, técnicos de imagiologia e de análises clínicas, bombeiros, agentes da Polícia, por exemplo) e o espaço físico existente proporciona pouca privacidade ao doente, existindo por vezes exposição corporal. Quando são admitidos vários doentes em simultâneo, ainda é mais difícil assegurar os princípios que referi. A vivência destas situações, tornou-me mais sensível ao respeito pela privacidade da pessoa e do seu corpo. Tive o cuidado de encostar a porta da sala, cobrir o doente com um lençol e solicitar que saíssem da sala todas as pessoas que não estivessem a intervir na situação. Estas experiências, fizeram-me refletir sobre as várias dimensões da prática profissional e sobre a importância da mesma se pautar pelos princípios éticos e os padrões de qualidade da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2011), promotores da melhoria da qualidade contínua dos cuidados de enfermagem.

A intervenção do enfermeiro à PSC, caracterizada pela rapidez e eficiência e apoiada pela tecnologia necessária, levou-me a refletir sobre a importância do conforto do doente no ambiente do SU, o que originou a elaboração de um jornal de aprendizagem. Neste contexto de cuidados, fizeram-me sentido as palavras de Benner (2001), de que as medidas de conforto podem parecer comuns, triviais e, de alguma forma, com menor legitimidade e menor importância quando comparadas com intervenções tecnológicas que curam e salvam vidas. Contudo, para oferecer medidas de conforto é exigido que os enfermeiros tenham a perceção de que, para confortar, é necessário vigilância, presença e identificação do problema do doente.

A situação que selecionei para o jornal de aprendizagem, ocorreu com uma

doente de 70 anos, encaminhada para o SU por AVC hemorrágico maciço, sem indicação cirúrgica, e que se encontrava na sala de reanimação a aguardar vaga em SO. A minha estratégia foi perceber de que forma poderia proporcionar conforto e minimizar o sofrimento da doente e família. A necessidade humana de conforto é universal e os cuidados de conforto são holísticos, porque envolvem a componente física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). Deste modo, as decisões são tomadas com base no equilíbrio entre estas várias dimensões, para se conseguir atingir um nível de conforto total da pessoa (Kolcaba, 2003).

Os cuidados de conforto implicam intervenções apropriadas, realizadas pelo enfermeiro de forma intencional com o objetivo de proporcionar um maior bem-estar à pessoa. Enquanto a doente permaneceu na sala de reanimação, não limitei os meus cuidados à utilização da tecnologia inerente à área de reanimação. Preocupei-me em criar um ambiente com o menos ruído possível, encostando a porta, limitando também a entrada dos profissionais e promovendo a sua privacidade. Reduzi a luminosidade do ambiente, proporcionando mais tranquilidade, e ajustei os alarmes da monitorização eletrocardiográfica. Fiz uma massagem e posicionei a doente, não tendo observado fácies de dor ou desconforto durante esses procedimentos. Procurei saber se os filhos estariam na sala de espera, para que pudessem estar junto da mãe, mas não se encontravam presentes. Ao fim de 2 horas, a doente foi encaminhada para o SO, onde teve a presença dos filhos, aguardando transferência para um serviço de medicina.

Constatei no SU, que o doente crítico pode não ter indicação para medidas invasivas, dada a sua situação clínica, e em que a nossa atuação deve ser ajustada a esta realidade. Embora não esquecendo por completo a tecnologia, os cuidados devem ser adaptados e direcionados para o conforto que o doente necessita. Ao colocar-me como espectadora da situação de cuidados, refleti sobre a minha prática, o que me ajudou a analisar, criticar e construir novos contributos para a prestação de cuidados junto da PSC. A Enfermagem é encarada como uma resposta humana de ajuda e conforto à pessoa, que relaciona as experiências de vida entre a enfermeira e a pessoa que recebe os cuidados (Kolcaba, 2003).

A sala de reanimação e as salas de SO têm, na sua génese e pela condição crítica do doente, uma vigilância contínua através da observação e monitorização. Ainda que em salas de SO, por vezes, os doentes possam já estar transferidos para a enfermaria ou com alta clínica, por exemplo, continuam a necessitar de vigilância para antecipar

complicações que possam ocorrer. Saliento uma situação em que a doente tinha dado entrada no SU por prostração e recusa alimentar. No momento, encontrava-se em SO a aguardar vaga no internamento de medicina para ser transferida. A doente estava consciente, com períodos de confusão e não foram observadas alterações nos sinais vitais. Após o almoço, a doente ficou menos reativa, abrindo os olhos e balbuciando algumas palavras quando estimulada, com pouca atividade motora e continuando estável do ponto de vista hemodinâmico. As mudanças observadas na doente foram valorizadas e tomada a iniciativa em avaliar a glicémia capilar pós-prandial, apesar da doente não ter antecedentes pessoais de Diabetes *Mellitus* e ter almoçado. O resultado obtido de 76mg/dl de glicémia capilar, determinou a informação ao médico e a administração de Glucose Hipertónica intravenosa e a colocação de um soro glucosado em curso. Observou-se uma subida gradual do valor da glicémia e a doente começou a ficar mais desperta e comunicativa. A vigilância da PSC, mesmo quando a situação parece estável, é determinante para identificar alterações e antecipar o agravamento do seu estado (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

No decorrer do estágio, verifiquei de que forma o SU se adaptou à presença de acompanhantes, tendo em conta a Lei nº 33/2009, pois cada utente tem direito à presença de um acompanhante, desde que o seu consentimento seja favorável para tal. Ainda que o tempo de visita seja limitado, dependendo da avaliação das necessidades do momento, foi notória a importância destes momentos para a diminuição da ansiedade do doente e do seu acompanhante. Segundo Sá et al. (2015), o contexto de urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da PSC, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática.

Durante a prestação de cuidados à PSC, tive a preocupação em envolver a família nos cuidados, reconhecendo, como afirmam Batista et al. (2017), que o enfermeiro para além da prestação de cuidados à PSC, é também responsável pelo apoio e acompanhamento da família. No entanto, para poder desenvolver este objetivo, tive de compreender previamente a logística e dinâmica do SU que, por vezes, impedem a permanência do familiar junto do doente. A complexidade dos cuidados prestados à PSC num serviço desta natureza, pode fazer com que se negligencie, em alguns momentos, a família (Batista et al., 2017).

Em contexto de sala de reanimação nem sempre foi fácil gerir a presença da família, pela instabilidade hemodinâmica do doente, pelos procedimentos e técnicas

invasivas que são realizados, bem como pela logística do local, pelo barulho, pela afluência e permanência de muitos doentes em SO e no corredor. Ainda assim, foi proporcionada a entrada dos familiares e a permanência dos mesmos, ainda que por pouco tempo e avaliando caso a caso. Nas situações em que a PSC veio transferida de outras instituições hospitalares e a família não pôde acompanhar o transporte inter-hospitalar, a mesma foi encaminhada para a sala de espera, onde foi informada pelo médico do estado do doente. De salientar o papel do enfermeiro junto da família, quer pelas informações dadas acerca do doente, da hora da visita e do contacto do serviço, como pelo encaminhamento para o médico, assim como assegurando o registo no processo do doente do contacto do familiar.

Criar uma relação com a família, ainda que seja num curto espaço de tempo, foi um desafio que se traduziu em mostrar total disponibilidade à família, no sentido da desmistificação dos seus receios e dúvidas. No primeiro encontro, a família tem sempre muitas questões e medos. Tratando-se de um SUP de um hospital central, os doentes provêm de várias zonas do país, sendo que as famílias se encontram deslocadas e a viver uma situação bastante stressante. Na minha intervenção junto da família, fiz questões acerca do doente, contribuindo para uma colheita de dados mais pormenorizada, o que permitiu conhecer melhor o doente e me ajudou a individualizar os cuidados. As necessidades de informação da família são evidentes, pelo que fiz o seu encaminhamento para o médico quando precisavam de informação sobre o estado clínico do doente, esclareci sobre a perspectiva de alta ou transferência, explicando para onde. As informações mais gerais, como os contactos telefónicos do hospital ou aspetos do seu funcionamento, foram também fornecidas, o que ajudou a família a sentir-se menos perdida naquele ambiente desconhecido.

Durante o estágio, aproveitei todas as oportunidades para prestar cuidados à PSC sob VNI, tendo constatado que o motivo de entrada no SU se relacionava habitualmente com edema agudo do pulmão, DPOC agudizada ou insuficiência cardíaca descompensada. As várias situações de cuidados à PSC que vivenciei, permitiram-me aprofundar conhecimentos, assim como desenvolver a minha capacidade de decisão fundamentada para a implementação de um plano de cuidados eficiente e individualizado.

Escolhi uma destas situações de cuidados à PSC para a realização de um Estudo de Caso, devido à sua complexidade e à importância que assumiu a vigilância realizada. A interpretação dos sinais e sintomas e do que se deve vigiar numa doente

que deu entrada no SU por quadro de tonturas, tosse e cansaço associado, com antecedentes pessoais de hipertensão pulmonar grave, *cor pulmonale* e fibrilhação auricular foi determinante. A observação contínua da doente, a valorização do aumento do cansaço e do aparecimento de tiragem subesternal, a monitorização dos sinais vitais, do resultado da gasimetria arterial que revelou hipoxemia, das alterações analíticas da função renal, assim como da insuficiente resposta à terapêutica diurética, inalatória e oxigenoterapia, levaram à sua transferência do setor de ambulatório para a sala de reanimação. A doente foi adaptada a VNI, com máscara facial, e reforçada a terapêutica farmacológica. A vigilância realizada revelou que a doente se encontrava bem adaptada à VNI e, após 30 minutos, observou-se melhoria significativa dos valores da gasimetria arterial, tendo sido ajustados os parâmetros ventilatórios, e a doente referido menos dificuldade em respirar. Após 2 horas do início da VNI, a doente teve uma melhoria significativa do padrão respiratório, das saturações periféricas de oxigénio e dos valores gasimétricos.

Esta situação de cuidados veio reforçar a importância que a vigilância incute nos cuidados de enfermagem. Existe uma “linha tênue”, entre tomar a decisão atempada sobre o doente que apresenta uma descompensação respiratória e é adaptado de imediato a VNI, ou tomar uma decisão mais tardia e ter de se optar pela ventilação mecânica invasiva. A vigilância será determinante nestas situações para a deteção e avaliação precoce de complicações, possibilitando uma intervenção atempada e a melhoria do estado de saúde do doente (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Com a preocupação de identificar necessidades formativas sobre a vigilância à PSC sob VNI, realizei um levantamento das necessidades da equipa de enfermagem sobre esta matéria. Tendo em conta a entrada de elementos mais novos e com pouco conhecimento nesta área, e depois de validar a sua pertinência com a enfermeira orientadora, desenvolvi um instrumento de registo que designei como “Folha de Registo – Ventilação Não Invasiva”. Este instrumento permite o registo individualizado do doente, desde o momento em que é iniciada a VNI e durante a utilização da mesma, tendo como objetivo a monitorização contínua e detalhada dos parâmetros essenciais a ter em conta nesta situação. De salientar, que os doentes submetidos a VNI em SU são, por norma, doentes em fase crítica que necessitam de elevada monitorização.

Na “Folha de Registo – Ventilação Não Invasiva”, a monitorização do doente inclui os parâmetros clínicos, a avaliação da gasimetria arterial, a escolha dos parâmetros

ventilatórios, juntamente com a oximetria periférica e a frequência respiratória, informação essencial na determinação da resposta à ventilação. Introduzi também outros parâmetros a monitorizar, como sejam a coordenação do esforço respiratório do doente com o ventilador, o uso de músculos acessórios, a existência de fugas de ar em redor do interface e o conforto do doente. Uma vez que estes doentes necessitam de avaliação gasimétrica frequente, elaborei uma tabela, em anexo a este instrumento, para o seu registo e monitorização contínua. A “Folha de Registo - Ventilação Não Invasiva” permite reunir dados sobre a avaliação, planeamento e continuidade dos cuidados individualizados ao doente sob VNI, sem perda de informação, uma vez que passou a estar integrada no processo clínico, possibilitando a sua consulta mesmo após a transferência do doente para outro serviço. Tendo em consideração a dinâmica do serviço e após discussão com a enfermeira orientadora, optou-se por realizar a divulgação do instrumento durante as passagens de turno.

Na sequência de uma reflexão sobre a melhoria da qualidade dos cuidados com a enfermeira orientadora, considerei pertinente, ainda no âmbito do tema da VNI, desenvolver um “Fluxograma de Cuidados de Enfermagem ao doente sob VNI”, com o objetivo de sistematizar quais as intervenções de enfermagem antes e durante o período em que o doente necessita de VNI, com o intuito de uniformizar os cuidados à PSC sob VNI. A implementação deste Fluxograma ajudaria, também, os enfermeiros que se encontravam menos familiarizados com esta modalidade de tratamento, especialmente os enfermeiros recém-admitidos no SU. Depois de ter sido ponderado com a enfermeira chefe se o Fluxograma ficaria afixado nas salas de SO, local onde o doente permanece mais tempo, ou se seria incluído na “Folha de Registo - Ventilação Não Invasiva” anteriormente elaborada, foi escolhida esta última opção, por se considerar pertinente reunir toda a informação no mesmo instrumento.

O Fluxograma encontra-se esquematizado para uma fácil e rápida consulta, estando dividido em duas partes. Primeiramente, sistematizei as intervenções de enfermagem antes de iniciar a VNI, uma vez que é o momento crucial para promover uma boa adaptação ao doente. A avaliação prévia do doente inclui o estado de consciência, a gasimetria arterial, a permeabilidade da via aérea, o padrão respiratório e a existência ou não de secreções. Passando à fase seguinte de adaptação do doente, estruturei uma breve explicação ao doente do que vai ser feito, a seleção do tamanho da máscara e a montagem do circuito. Na segunda parte do Fluxograma, sistematizei as intervenções de enfermagem depois do início da VNI, após o doente

se encontrar adaptado, nomeadamente a vigilância dos parâmetros ventilatórios, da gasimetria arterial e dos sinais vitais. Após adaptação do doente, destaquei a vigilância atenta para a prevenção de complicações, como por exemplo as lesões cutâneas, a distensão gástrica, a irritação ocular, a secura nasal e da orofaringe, a imobilidade e a obstipação. Inclui também os tópicos da limpeza da máscara e a troca dos filtros e sistemas, com a finalidade de prevenir a infeção.

A prevenção e o controlo de infeção, em contexto de SU, é uma preocupação constante, devido às características da dinâmica funcional do mesmo. Saliento a importância do seguimento das normas de controlo de infeção da Instituição, regulamentadas pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar. Foi com base nestes conhecimentos, assim como nos que já tinha desenvolvido da minha prática profissional, que adotei medidas de prevenção e controlo de infeção.

Apesar de, muitas vezes, existir sobrelotação no SU e a distância de segurança entre macas estar comprometida, foi possível implementar várias medidas de prevenção e controlo de infeção, de forma a minimizar os constrangimentos que o espaço físico e a dinâmica funcional impõem. Neste sentido, foram utilizados equipamentos de proteção individual, feita a higienização das mãos, o isolamento de doentes e o uso de técnica asséptica, tendo também sido dadas indicações para a limpeza e desinfeção do espaço e equipamentos, assim como realizado sessões de educação para a saúde informais a outros profissionais e familiares, de modo a adotarem comportamentos adequados (DGS, 2007, 2013).

Considero que o percurso de aprendizagem no SU completou esta jornada de desenvolvimento e de aquisição de competências. A Vigilância revelou-se essencial neste contexto de cuidados à PSC, caracterizado pela imprevisibilidade das situações, pelo desafio da gestão de prioridades, pela necessidade de uma atuação rápida e eficaz e pelo trabalho em equipa. Esta exigência promoveu a busca constante da melhor evidência científica para fundamentar a minha prática, de forma a prestar cuidados de qualidade e em segurança ao doente e família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O meu percurso de formação ao nível do 2º ciclo de estudos, especialmente a componente de estágio, permitiu-me a aquisição das competências preconizadas no Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESEL, assim como as competências gerais do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica da Ordem dos Enfermeiros, necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. O tema escolhido que desenvolvi nos estágios na UCIR e no SUP, orientado para a intervenção de enfermagem ao doente crítico submetido a VNI, foi desafiante e motivado pelo gosto pessoal por esta área. Para a sustentação teórica do tema, apropriei-me da teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001), que se complementam.

A elaboração da revisão *Scoping* numa fase inicial do curso e posteriormente a realização da RIL, permitiram-me concluir que existe a necessidade de aprofundar o tema da VNI. A RIL demonstrou a necessidade de incremento na investigação sobre a vigilância do doente crítico submetido a VNI, para a fiabilidade dos estudos que permita obter um nível de evidência superior. Contudo, o investimento que realizei neste tema foi claro, ainda que tenha tido algumas limitações na atualidade da evidência científica encontrada. Saliento a mais valia que constituiu a formação realizada sobre a PSC e a VNI, não só pela pertinência dos temas desenvolvidos por peritos na área, como pela divulgação de boas práticas, o que me permitiu aprender e consolidar conhecimentos que tive oportunidade de implementar em estágio.

Ao longo dos estágios, desenvolvi projetos sobre a vigilância do doente crítico submetido a VNI, nomeadamente a “Folha de Registo - VNI”, o “Fluxograma de Cuidados de Enfermagem ao doente sob VNI” e a “Folha de monitorização de UPP em doentes submetidos a VNI”, promovendo a sua aplicação nos serviços, deixando assim um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem nesta área. Relativamente à “Folha de monitorização de UPP em doentes submetidos a VNI”, saliento com agrado o *feedback* positivo que recebi por parte da equipa de enfermagem relativamente à sua implementação.

No contexto da UCIR, é evidente a necessidade constante de existir a vigilância dos doentes pelas características das suas situações de doença. Neste âmbito, tive

oportunidade de prestar cuidados a doentes com situações complexas, com necessidade de suporte da função respiratória, com VNI ou com VMI, e monitorização hemodinâmica. Foi também possível intervir ao nível da prevenção e deteção precoce de complicações, desenvolvendo competências especializadas à PSC. Outro aspeto que saliento importante é a comunicação com o doente e a família. A família tem um papel fundamental no processo de saúde-doença do doente e por isso, sempre que possível, incentivei-a a participar nos cuidados ao seu familiar doente, depois de ter feito a preparação necessária. A comunicação verbal e não verbal, foi uma das áreas dos cuidados que ao longo do estágio desenvolvi e que todos os dias aprendo a desenvolver. Especialmente quando existiam barreiras à comunicação verbal, utilizei técnicas e estratégias que facilitaram a comunicação com a PSC. Durante o estágio, senti a necessidade de desmistificar a prática de cuidados paliativos a doentes na UCI. Para além de toda a tecnologia existente, foi importante “olhar” para o doente e compreender que se encontrava na fase final da sua vida. Nestas situações, procurei proporcionar conforto e promover a dignidade do doente e família.

Relativamente ao estágio em SUP, tive oportunidade de desenvolver diferentes estratégias de organização do trabalho, dependendo do setor em que me encontrava a prestar cuidados. O SU permitiu-me aprofundar a observação e a vigilância à PSC, quer pela grande afluência de doentes; quer pela diversidade das suas patologias; quer pela própria organização do serviço. Nestas circunstâncias, foi desafiante mobilizar e adaptar a teoria à prática, assim como atuar de forma rápida, eficaz e segura, colaborando no trabalho em equipa. Por ser um serviço transitório, ao contrário dos serviços de internamento, e apesar da PSC permanecer um curto período de tempo, procurei humanizar os cuidados e proporcionar apoio emocional, conforto e privacidade. A prestação de cuidados à família também foi desafiante, dado que o tempo é limitado face ao número elevado de doentes que se encontram internados no SU. Ainda assim, privilegiei o acolhimento da família e dei resposta às suas necessidades de informação.

Como dificuldades deste percurso, destaco o facto de não ter experiência nas áreas de UCI e SU onde estagiei. No entanto, este facto foi também determinante para aprofundar o conhecimento teórico para aplicar na prática, aproveitando ao máximo as experiências de aprendizagem e a orientação de enfermeiros peritos. O tempo de estágio constituiu uma limitação, pela necessidade de conciliar os turnos de estágio com os turnos no meu local de trabalho. Todas as dificuldades que encontrei

foram superadas e considero que foi um percurso realizado com muito empenho e agrado.

O meu conhecimento prévio sobre a VNI constituiu um aspeto facilitador em estágio, assim como a motivação para desenvolver este tema. Por outro lado, o estudo aprofundado da teoria *Vigilance; The Essence of Nursing* (Meyer & Lavin, 2005) ao longo do meu percurso académico, foi essencial para me tornar mais sensível à importância da vigilância na prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, mobilizar a teoria da Vigilância na prática, durante as situações encontradas, foi algo que aconteceu naturalmente.

O facto de ter tido diversas e complexas experiências nos dois contextos de estágio, permitiu-me consolidar conhecimentos e adquirir novos, desenvolvendo as competências no domínio específico da enfermagem à PSC, o que tem tido implicações na minha prática. A tomada de decisão, consciente e informada, nas situações complexas de cuidados à PSC foi um aspeto que desenvolvi de forma consistente. Como identificar os problemas existentes? O que poderá ocorrer? Como evitar que os problemas se desenvolvam e causem danos ao doente? A resposta a estas e a outras perguntas foi encontrada nos conhecimentos científicos atuais, na partilha com as enfermeiras peritas que me orientaram e na reflexão sobre a ação. Na área da VNI, tive oportunidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem aos doentes que efetuam esta modalidade ventilatória, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nos contextos em que realizei estágio. Deste modo, do estadio de iniciada avançada em que me encontrava, considero atualmente estar no estadio de perita na área da Ventilação Não Invasiva.

Pelo exposto, considero que atingi os objetivos a que me propus, nomeadamente no desenvolvimento de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista na área de especialização de PSC e mestre em enfermagem na área de especialização de PSC.

No que diz respeito aos meus objetivos futuros, irei desenvolver um projeto na área da VNI no serviço onde exerço funções. Este projeto relaciona-se com o ensino de preparação para a alta, ao doente sob VNI. No âmbito do projeto da Hospitalização domiciliária da instituição onde trabalho, pretendo desenvolver a área do ensino ao doente sob VNI no domicílio.

Concluo, convicta, que a Vigilância é essencial nos cuidados de enfermagem à

PSC. Ao enfermeiro não basta observar, deve vigiar. Vigiar implica estar atento a sinais e sintomas; identificar os problemas de forma atempada, impedindo o desenvolvimento de complicações que causem dano ao doente. Espero que com este Relatório de Estágio desperte a necessidade de Vigiar em cada um de nós, *Enfermeiros*, e desta forma garantir os melhores cuidados ao doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, C. T., Vieira, C. T., Aguiar, S. da C., Bündchen, D. & Vieira, D. S. R. (2017). Protocolos para desmame da ventilação mecânica não invasiva: uma revisão sistemática. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(4), 453–460. Obtido de <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17542224042017>.
- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 151–158. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x>.
- Álvares, E., & Curião, R. (2016). *Protocolos em Pneumologia de Intervenção*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, LDA.
- Amaral, P. (2017). *Qualidade da Triage de Manchester e Fatores Que a Influenciam*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://web.esenfc.pt/?url=DnEolxiH>.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced trauma life support: student course manual* (9ª ed.). Chicago: Autor.
- Asseiro, C. & Beirão, M. T. (2012). A ventilação não invasiva em serviço de urgência, cuidados de adaptação e manutenção e ganhos em saúde. *Journal of Aging & Innovation*, 1, 3–13.
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J. & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV – nº13. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV16085>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Boll, J. (2014). Development of a Measure of Nurse Vigilance from the Patient's Perspective: A Content Validity Study. *Honors Projects. Paper 45*.
- Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contextos de cuidados intensivos*.

(Dissertação de Mestrado). Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf.

Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. A. R. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41–59.

Curião, R. (2016). Protocolo de atuação e monitorização em doente sob ventilação mecânica não invasiva. In Álvares, E. *Protocolos em Pneumologia de Intervenção* (pp 88-92). Lisboa Lidel- Edições Técnicas, LDA.

Davies, R. (2012). “Notes on nursing: What it is and what it is not”. (1860): By Florence Nightingale. *Nurse Education Today*, 32(6), 624–626. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.025>.

Decreto-Lei nº161/96 (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>.

Despacho nº 5561/2014 (2014). *Definir quais os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência*. Diário da República nº5561/2014. 2ª Série. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25696609/details/normal?q=despacho+5561%2F2014>.

Despacho nº 10319/2014 (2014). *São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência*. Diário da República nº153/2014, 2ª Série. Obtido de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn.

Despacho nº 13427/2015 (2015). *Definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência*. Diário Da República nº228/2015, 2ª Série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/71066231/details/maximized>.

Despacho nº 4835-A/2016 (2016). *Diário Da República*, 2ª Série, 69(C), 11816–(2).
Determina que as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, devem dar prioridade ao atendimento dos utentes que sejam referenciados através dos Cuidados de Saúde Primários ou do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (linha Saúde 24). Diário da República nº69/2016, 1º suplemento, 2ª Série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/74076053/details/maximized?serie=II&dreId=74076051>.

Despacho nº 429/2018 (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.* Diário da República nº 135/2018, 2ª Série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.

Despacho nº 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista.* Diário da República, nº26/2019, 2ª Série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos.* Orientação 14/DGCD de 13/07/2004. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-14dgcd-de-13072004-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.* Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>.

Direção- Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).* Orientação 017/2011 de 19/05/2011. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011-jpg.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção.*

Orientação 029/2012 de 31/10/2013. Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Orientação 533/2014. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/60651797>.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Orientação 015/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Orientação 002/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Obtido de <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S. & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655–667. Obtido de [https://doi.org/10.1016/s2173-5115\(09\)70139-3](https://doi.org/10.1016/s2173-5115(09)70139-3).

Ferreira, L. M. M., Lima Júnior, F. A. V., da Silva, B. M. H., Nogueira, I. D. B. & Nogueira, P. A. de M. S. (2012). Uso da ventilação não invasiva em hospital de alta complexidade: fatores associados ao sucesso ou à falência. *ConScientiae Saúde*, 11(2), 242–248. Obtido de <https://doi.org/10.5585/conssaude.v11n2.3370>.

Fonseca, C. & Fontes, R (2013). *Cuidados de Enfermagem no processo de transição, A Pessoa Submetida a Ventilação não invasiva*. In Santos, D., Malheiro, N., Rosa, P., Capítulo I- Ventilação Não Invasiva: Conceito, Evolução a Pessoas e as Famílias. Great Age Friends- Inovação e desenvolvimento.

- Germano, N. (2008). Ventilação Não Invasiva. In Marcelino, P. *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico* (pp. 239–251). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Godinho, N. (2018). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - normas APA*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL. Obtido de <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018.pdf>.
- Gonzalez-Bermejo, J., Janssens, J. P., Rabec, C., Perrin, C., Lofaso, F., Langevin, B., ... Lujan, M. (2019). Framework for patient-ventilator asynchrony during long-term non-invasive ventilation. *Thorax*, 74(7), 715–717. Obtido de <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-213022>.
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2). <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>.
- Kelly, L. A. & Vincent, D. (2010). The dimensions of nursing surveillance: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 652–661. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x>.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and practice - A vision for holistic health care and research*. New York: Springer P.
- Lei nº 33/2009 (2009). *Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*. Assembleia da República: Diário da República, 1ª série. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/33/2009/07/14/p/dre/pt/html>.
- Maciel, A. (2011). *Ventilação mecânica não invasiva: o papel da assistência em enfermagem*. Obtido em 14 de Julho de 2019, <https://www.webartigos.com/artigos/ventilacao-mecanica-nao-invasiva-o-papel-da-assistencia-em-enfermagem/27332>.
- Martins, M., Ribas, P., Sousa, J., Silva, N., Preto, L. & Correia, T. (2016). Úlceras De Pressão Na Face Em Doentes Submetidos a Ventilação Não Invasiva

Hospitalizados Em Cuidados Intermédios. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 103–111. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV16015>.

Maruccia, M., Ruggieri, M. & Onesti, M. G. (2015). Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: Report of two cases and indications for treatment and prevention. *International Wound Journal*, 12(4), 451–455. Obtido de <https://doi.org/10.1111/iwj.12135>.

Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). Obtido de <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.

Meyer, G. & Lavin Ann, M. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. Obtido de <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>.

Morais, A. J. P. de & Queirós, P. J. P. (2013). Adesão à ventilação não invasiva: perspectiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 7–14. Obtido de <https://doi.org/10.12707/riii1227>.

National Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2015). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Clinical Practice Guideline*. Obtido de <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

Nava, S. & Ceriana, P. (2004). Causes of Failure of Noninvasive Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 3, 295–303.

- Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester a) Enquadramento Conceptual. In Rego, G. & Nunes, R. (Eds). *Gestão da Saúde*. (1º ed., pp 263-273). Lisboa: Prata e Rodrigues. ISBN: 9789899684805.
- Oliveira, L. M., Pina Queirós, P. J. & Vicente Castro, F. (2015). a Competência Profissional Dos Enfermeiros. Um Estudo Em Hospitais Portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(2), 143. Obtido de <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem-enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Médicos (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J. & Coutinho, P. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: medicina intensiva*. Ministério da Saúde. Obtido de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNR_Medicina-Intensiva.pdf.
- Pina, J. (2019). Cuidados Paliativos, Anestesia e Medicina Intensiva: À Beira da Metanóia?. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. Vol 28, nº1-2019. Obtido de <https://doi.org/10.25751/rspa.17318>.
- Pires, P., Marques, C., & Masip, J. (2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda. *Medicina Interna*, 25(2), 123–133. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/240/2/2018>.
- Regulamento nº 429/2018 (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de*

enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioper. Ordem dos Enfermeiros: Diário da República, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.

Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Millenium*, 49, 153-171. Obtido de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>.

Saraiva, P., Moreira, M., Santos, R. & Martins, R. (2014). Qualidade de vida do doente submetido a ventilação não invasiva. *Millenium*, 46 (janeiro/junho). Pp. 179-195.

Schallom, M., Cracchiolo, L., Falker, A., Foster, J., Hager, J., Morehouse, T., Watts, P., Weems, L., & Kollef, M. (2015). Pressure ulcer incidence in patients wearing nasal-oral versus full-face noninvasive ventilation masks. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 349-356. Obtido de doi:10.4037/ajcc2015386

Schoneman, D. (2002). Surveillance as a nursing intervention: Use in community nursing centers. *Journal of Community Health Nursing*, 19(1), 33–47. Obtido de https://doi.org/10.1207/S15327655JCHN1901_04.

Society of Trauma Nurses. (2013). *Advanced trauma care for nurses: student manual*. Lexington: Autor.

Sørensen, D., Frederiksen, K., Grøfte, T. & Lomborg, K. (2013). Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 174–181. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.10.001>.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Obtido de

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x>.

Teixeira, J. & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV16026>.

Thacker, S. B., Berkelman, R. L. & Stroup, D. F. (1989). The Science of Public Health Surveillance. *Journal of Public Health Policy*, 10(2), 187. Obtido de <https://doi.org/10.2307/3342679>.

The Joanna Briggs Institute (2017). *Joanna briggs institute reviewer's manual*. (E. Aromataris, Z.; Munn, Ed.). Obtido de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da RIL

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Intervenções de Enfermagem promotoras da vigilância da Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva: uma revisão integrativa da literatura

(Nursing interventions promoting surveillance of the critically ill patient under noninvasive ventilation: an integrative literature review.

REVISORES

- Rita Alexandra Caetano Subtil; enfermeira; mestranda em enfermagem na área de especialização de pessoa em situação crítica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: ritasubtil@campus.esel.pt.
- Maria Augusta Grou Moita; professora coordenadora; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; e-mail: agmoita@esel.pt

BACKGROUND

Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018), desde 2015 que as doenças respiratórias são a 3ª causa de morte, logo a seguir ao cancro e às doenças cardiovasculares, sendo mais frequente nos homens. De acordo com a mesma fonte, destacam-se as pneumonias de entre as doenças respiratórias.

A ventilação não invasiva (VNI) teve uma evolução ao longo dos anos e foi aplicada inicialmente na epidemia de Poliomielite (1930-50), sendo que a ventilação consistia numa pressão negativa (pulmão de aço). Por volta dos anos 40 e 50, a VNI por pressão positiva começou a ser aplicada, mas apenas na década de 80, com a utilização do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) para o tratamento da apneia do sono é que a técnica começou a ser divulgada. Nos últimos anos, esta técnica começou a ser utilizada no tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.

Define-se a VNI pela aplicação de um suporte ventilatório mecânico sem recurso a métodos invasivos, com a utilização de uma máscara ou dispositivo semelhante, considerado interface em doentes com estímulo respiratório (Fonseca, 2013). Segundo Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira (2009), a VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem utilizar métodos invasivos, evitando-se,

desta forma, as complicações relacionadas com a entubação orotraqueal e a ventilação mecânica invasiva. A VNI é um método de ventilação seguro, eficaz e mais confortável para o doente em alternativa à ventilação mecânica.

Saraiva et al (2014) referem que a utilização de VNI é muitas vezes o fator determinante para o tratamento de patologias respiratórias que implicam falência respiratória, tendo impacto positivo na qualidade de vida do doente. A VNI pode ser utilizada em doentes com um padrão respiratório ineficaz, como por exemplo na lesão pulmonar aguda, síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS), nas exacerbações da doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e asma, síndrome de obesidade-hipoventilação descompensada, edema pulmonar cardiogénico, insuficiência respiratória no pós-operatório e pneumonia.

Para Maciel (2011), o enfermeiro é considerado um profissional essencial, o qual tem ao seu dispor estratégias e técnicas que contribuem não exclusivamente para o aumento da eficácia da VNI, como também para a redução dos fatores de intolerância a esta terapêutica. Esta temática encontra-se em desenvolvimento e em constante evolução. A VNI é uma área que tem suscitado interesse e na qual se procurou desenvolver competências, surgindo com alguma naturalidade como tema a desenvolver na prestação de cuidados ao doente crítico.

A Enfermagem, talvez mais que qualquer outra profissão no âmbito dos cuidados de saúde, assume-se como indissociável do ato de cuidar, sendo a vigilância profissional a essência do cuidar em enfermagem (Meyer & Lavin, 2005). É importante que o enfermeiro tenha um olhar crítico sob o doente, antecipando e reconhecendo quais as manifestações do doente de instabilidade clínica para que a sua tomada de decisão seja eficaz e que não cause danos ao doente.

Aperfeiçoar o conhecimento e as competências de enfermagem especializadas tem um papel importante na vigilância do doente crítico sob VNI pela necessidade de criar estratégias interventivas e de adaptação.

METODOLOGIA

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) surge para se compreender o que a evidência recomenda sobre as intervenções de enfermagem promotoras da vigilância do doente em situação crítica sob VNI. A sua realização teve por base as orientações do Joanna Briggs Institute (The Joanna Briggs Institute, 2016). De forma a orientar o desenvolvimento da RIL, facilitando a pesquisa bibliográfica, elaborou-se a seguinte questão de investigação, de acordo com a estratégia PICO (P – população; I – intervenção; C – comparação; O – *outcomes*):

Quais as (I) intervenções de enfermagem, promotoras da vigilância (O), do doente crítico sob VNI (P)?

Os critérios de seleção aplicados foram definidos de acordo com a temática da RIL e questão de investigação apresentada. Foram elaborados de acordo com o conceito, contexto, idioma e tipo de investigação apresentando-se na tabela abaixo.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	PSC, idade superior a 18 anos	Grávidas, crianças e adolescentes
	Ventilação não invasiva	Artigos que não abordem
Intervenção	Intervenções de enfermagem promotoras da vigilância do utente	Intervenções de enfermagem desempenhadas por estudantes de enfermagem
Outcomes	Vigilância	Artigos que não abordem
Idioma	Português, inglês e espanhol	Outras línguas que não as selecionadas
Data de publicação	2012-2019	Artigos que não estejam dentro do intervalo temporal delimitado
Disponibilidade de artigos	Artigos disponíveis em texto integral	Artigos que não estejam disponíveis em texto integral

Tabela 1: Critérios de seleção

Esta pesquisa foi desenvolvida em 3 fases. Numa primeira fase foi realizada uma pesquisa preliminar para conhecimento do tema e familiarização com os termos específicos acerca do mesmo, do qual resultaram os termos de pesquisa. A segunda fase constituiu na pesquisa dos termos em linguagem natural e identificação dos termos indexados nas respectivas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Na terceira fase foi elaborada a pesquisa nas bases de dados referidas e outras fontes, literatura cinzenta, com os termos referidos e os termos indexados de cada base de dados (CINAHL – CINAHL headings; MEDLINE – MeSH 2018) incluídos como *Major Heading* (MH) e palavras-chave.

A pesquisa foi efetuada no período compreendido entre 27 de maio de 2019 a 20 de julho de 2019, sendo limitada às bases de dados CINAHL e MEDLINE. Por não ter conseguido artigos científicos que abordassem o tema, recorri à literatura cinzenta e à pesquisa manual de artigos científicos e trabalhos académicos que preenchessem os requisitos dos critérios de inclusão e exclusão.

A tabela seguinte contempla os termos em linguagem natural e indexados para cada uma das bases de dados, tendo por base a mnemónica PICO: P-PSC e ventilação não invasiva; I-intervenções de enfermagem; C – não aplicável; O – vigilância.

	Termos de pesquisa	Linguagem natural	Termos indexados	
			Medline	Cinhal
População	Pessoa em situação crítica	Critical Patient Critically ill patients Critical care Person in a critical situation	Critical Care Critical Illness Critical Care -----	Critically ill patients Critically ill Patients Critical care -----
	Ventilação não invasiva	Noninvasive ventilation Non invasive ventilation Non-invasive ventilation Non-invasive positive pressure ventilation	Noninvasive ventilation ----- ----- -----	----- ----- Ventilation Assistance (Iowa NIC) Mechanical Ventilatory Weaning (Iowa NIC) Continuous Positive Airway Pressure

		Artificial Ventilation	Non invasive ventilation	
		Mechanical Ventilation		
		Bilevel continuous positive airway pressure		
Intervenção	Intervenções de enfermagem	Nursing interventions Nursing guidelines Nursing actions Nursing role Nurse specialists Health professional interventions	----- Nurses Instruction Nurse's Role ----- Nurse Specialists	Nursing interventions Nursing care plans Advanced nursing practice ----- Nursing skills -----
Outcomes	Vigilância	Monitoring Surveillance Observation	----- ----- Signs and symptoms	----- Surveillance (IOWA NIC) Nursing Assessment

Tabela 2: Termos de pesquisa

Foram realizadas pesquisas nas bases de dados referidas e outras fontes de pesquisa, após identificação dos termos de pesquisa adequados à pergunta de investigação: *critical patient, critically ill patients, critical care, person in critical situation, noninvasive ventilation, non invasive ventilation, non-invasive ventilation, non-invasive positive pressure ventilation, artificial ventilation, mechanical ventilation, bilevel continuous positive airway pressure, nursing interventions, nursing guidelines, nursing actions, nursing role, nurse specialists, health professional interventions, monitoring, surveillance e observation.*

Os termos de pesquisa foram combinados entre si, utilizando a seguinte estratégia: (P) – (Critical patient OR Critically ill patients OR Critical care OR Person in a critical situation) AND (noninvasive ventilation OR non invasive ventilation OR non-invasive ventilation OR non-invasive positive pressure ventilation OR artificial ventilation OR mechanical ventilation OR bilevel continuous positive airway pressure); AND (I) – (nursing interventions OR nursing guidelines OR nursing actions OR nursing role OR nurse specialists Or health professional interventions) AND (O) – (monitoring OR surveillance OR observation).

Após obter os artigos, será realizada a leitura do título e resumo de cada um, a fim de aplicar os critérios de inclusão e exclusão. De seguida, proceder-se-á à leitura integral dos artigos, a fim de se perceber a sua elegibilidade. A avaliação dos artigos será feita pelo primeiro autor, sendo que as dúvidas existentes serão discutidas pelos dois autores.

A extração dos dados será feita de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655–667. Obtido de [https://doi.org/10.1016/s2173-5115\(09\)70139-3](https://doi.org/10.1016/s2173-5115(09)70139-3)
- Fonseca, C, Fontes, R (2013). Cuidados de Enfermagem no processo de transição, A Pessoa Submetida a Ventilação não invasiva. In Santos, D., Malheiro, N., Rosa, P., Capítulo I- *Ventilação Não Invasiva: Conceito, Evolução a Pessoas e as Famílias*. Great Age Friends- Inovação e desenvolvimento
- Maciel, A. (2011). *Ventilação mecânica não invasiva: o papel da assistência em enfermagem*. Obtido em 14 de Julho de 2019, <https://www.webartigos.com/artigos/ventilacao-mecanica-nao-invasiva-o-papel-da-assistencia-em-enfermagem/27332>
- Meyer, G., & Lavin A., M. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. Obtido de <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2018). 13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2016/2017: panorama das doenças respiratórias em Portugal: retrato da saúde 2018: o estado da saúde em Portugal. https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Saraiva, P., Moreira, M., Santos, R., & Martins, R. (2014). Qualidade de vida do doente submetido a ventilação não invasiva. *Millenium*, 46 (janeiro/junho). Pp. 179-195.
- The Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna briggs institute reviewer's manual*. (E. Aromataris, Z.; Munn, Ed.). Obtido de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Apêndice II – Cronograma do 3º semestre do CMEPSC

3º Semestre																						
Anos	2019														2020							
Meses	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	16	23		6	13	20	27	3	10	17	24
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	20		3	10	17	24	31	7	14	21	28
Semanas	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º
ESEL													Férias Natal									
UCI																						
SUPI																						
Elaboração e entrega do Relatório																						
Conferências/Congressos																						

*5 de Dezembro – Dia da ESEL

Semana de aulas ESEL



Semana de aulas ESEL



Estágio



Férias do Natal



Conferências/Congressos: Doente Crítico 2019 (23 a 25 de outubro de 2019); Colóquio de Enfermagem – Evidências em Enfermagem de Medicina Interna (06 de Dezembro de 2019)



Elaboração e Apresentação do Relatório

ANEXOS

Anexo I – Certificado do Congresso Internacional do Doente Crítico

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sr^a. Enf^a Rita Alexandra Caetano Subtil**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 23 a 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Enf^o João Fernandes)

Anexo II – Certificado do Workshop teórico-prático de Ventilação Não Invasiva

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sr^a. Enf^a Rita Alexandra Caetano Subtil**, participou no **Workshop Ventilação Não Invasiva**, integrado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu no dia 23 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 23 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Enf^o João Fernandes)

Anexo III – Certificado do Colóquio de Enfermagem - Evidências em
Enfermagem de Medicina Interna



COLÓQUIO DE ENFERMAGEM 2019



EVIDÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE MEDICINA INTERNA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Rita Alexandra Cetano Subtil

Participou no Colóquio de Enfermagem - Evidências em Enfermagem de
Medicina Interna

Vitor Renato DC Silva

COMISSÃO
ORGANIZADORA

Almada, 6 de dezembro 2019



Continuing Education Certificate

Society of Trauma Nurses

Rita Alexandra Caetano Subtil

ATCN124242

has successfully completed the requirements for

Advanced Trauma Care for Nurses®

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2018-454

12/14/2018 - 12/16/2018

The Society of Trauma Nurses is accredited as a provider of continuing nursing education by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation. The ATCN Student Course has been awarded 18.5 contact hours.

